

**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO**  
*Facultad de Ciencias de la Salud*  
*Escuela Académico Profesional de Psicología*



**TESIS**

**“NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN  
PACIENTES EN TRATAMIENTO DE  
HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL HERMILIO  
VALDIZÁN – HUÁNUCO 2017”.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**TESISTA**

Bach. Aponte Rojas, Ricardo

**Asesor**

Psic. Candelario Saravia, Yanina

Huánuco – Perú  
2018



## ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA


### ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las dieciséis horas del mes de Mayo del año Dos Mil Dieciocho, se reunieron en el Auditorio de la Ciudad La Esperanza de la Universidad de Huánuco, de esa ciudad, los Miembros del Jurado, designados por Resolución N° 483 -2018-D-FCS-UDH, de fecha 02 de Mayo del 2018 y, al amparo de la Ley Universitaria N° 30220, Resolución N°1006-2017-R-UDH de fecha 03/JUL/17 Capítulo V Artículo 44° y 45° del Reglamento de Grados y Títulos para evaluar la Tesis intitulada: **"NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN - HUÁNUCO 2017"**; presentado por el Bachiller don **Ricardo APONTE ROJAS**; para optar el Título Profesional de **LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo **APROBADO** por **UNA VÍTIMA** con el calificativo cuantitativo de **16** y cualitativo de **BUENO**. (Art. 54)

Siendo las **5:50** horas del día, se dio por concluido el acto académico, firmando para constancia los miembros del Jurado.

  
DRA. MARIBEL SELMA CHAMORRO GUERRA  
PRESIDENTA

  
DRA. JUDITH M. PORTOCARRERO ZEVALLOS  
SECRETARIO

  
MG. LINCOL A. MIRAVAL TARAZONA  
VOCAL

/gtc.

**DEDICATORIA:**

*A mis padres Lino y Dina, a mis hermanos  
Carlos, Kely, Liz y a mi pequeño sobrino  
Adrián, mi familia, ustedes son el tesoro más  
preciado que poseo.*

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres por enseñarme a través del ejemplo la dedicación al trabajo y la perseverancia, por su amor, su comprensión, por darme la oportunidad de ser un profesional.

A mis hermanos y mi sobrino por su apoyo incondicional y por estar juntos.

A los pacientes del servicio de unidad renal del hospital Hermilio Valdizán sin su colaboración hubiese sido imposible la elaboración de este trabajo de investigación.

A la Psic. Yanina Candelario por su orientación profesional en todo el proceso de la elaboración de esta investigación.

A los docentes psicólogos de la Universidad de Huánuco.

A los psicólogos que laboran en el hospital Hermilio Valdizán.

A mi eterno amigo Erick Díaz Tarazona.

A mis amigos y colegas quienes compartieron conmigo y me motivaron a continuar Margui, Sonia, Malú, Anny, Hellen, Miguel, Bernie, Juan Carlos, Edgar, Percy.

Y a todos aquellos que de alguna u otra forma me brindaron su apoyo.

## ÍNDICE

Dedicatoria	I
Agradecimiento	II
Índice	III
Presentación	IV
Resumen	VI
Abstract	VII

### CAPITULO I

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema.	8
1.2. Formulación del problema.	14
1.2.1. Problema general.	14
1.2.2. Problemas específicos.	14
1.3. Justificación e importancia.	14
1.4. Objetivos de la investigación.	16
1.4.1. Objetivo general.	16
1.4.2. Objetivos específicos.	16
1.5. Viabilidad y factibilidad.	17
1.6. Limitaciones.	17

### CAPITULO II

#### MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.	18
2.2. Bases teórico – científicas.	23
2.3. Hipótesis.	46
2.3.1. Hipótesis generales.	46
2.3.2. Hipótesis específicas.	46
2.4. Variables e indicadores.	48
2.5. Definición de términos básicos.	48

### CAPITULO III

#### MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Método y diseño de investigación.	51
3.2. Tipo y nivel de investigación.	52
3.3. Población y muestra.	53
3.4. Técnicas, instrumentos y procedimiento de recolección de datos.	54
3.5. Tratamiento y procesamiento de datos.	61

### CAPITULO IV

#### RESULTADOS

4.1. Tratamiento estadístico e interpretación.	62
4.2. Contrastación y prueba de hipótesis.	74

### CAPITULO V

#### DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Discusión de resultados.	77
-------------------------------	----

### CAPÍTULO VI

#### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones.	84
6.2. Recomendaciones.	86

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
----------------------------	----

#### ANEXOS.

## **PRESENTACIÓN**

La ansiedad y depresión afectan a millones de personas a nivel mundial tanto a nivel físico, psicológico, social y económico llegando a incapacitar a la persona. Es considerado un problema de salud pública en muchos países desarrollados y en vías de desarrollo. En Latinoamérica la depresión es la que tiene altas cifras dentro de las enfermedades mentales seguidas de la ansiedad y otros trastornos mentales, según la OPS (Organización Panamericana de la Salud) existen alrededor de 63 mil personas que sufren estos males.

En nuestro país también existe una alta prevalencia de ansiedad y depresión siendo estos las de mayor frecuencia entre la población cuyas cifras aumentan año tras año debido a la estigmatización que existen sobre estos trastornos y a la ausencia de profesionales psicólogos en los centros de salud de nuestro país.

A pesar de que la ansiedad y depresión no causan muertes directamente las personas que lo padecen tienen una enorme dificultad para llevar su vida con normalidad. Y si a esto se le suma enfermedades físicas los niveles de ansiedad y depresión aumentarían significativamente. Una de esas enfermedades es la insuficiencia renal crónica que afecta a una gran cantidad de personas a nivel mundial. La insuficiencia renal crónica y su consecuente tratamiento de hemodiálisis traen como consecuencia que la vida de la persona esté afectada en todas las áreas, una de esas consecuencias es la respuesta emocional debido al cambio drástico en el estilo de vida del paciente.

Debido a que en nuestra ciudad no existen trabajos de investigación sobre ansiedad y depresión en pacientes que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis es que se decidió realizar la presente investigación.

La presente investigación se centra en determinar los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis cuya importancia de dicho trabajo se centra en aportar datos cualitativos sobre ansiedad y depresión que se encuentran presentes en estos pacientes para que puedan ser utilizados por los diferentes profesionales que trabajan con las personas en tratamiento de hemodiálisis en nuestra región, asimismo esta investigación contribuirá en el campo de la salud mental.

El presente trabajo de investigación está dividido en seis capítulos: Capítulo I: se encuentran descripción del problema, la formulación del problema, justificación e importancia, objetivos de la investigación, viabilidad, limitaciones. Capítulo II: el marco teórico donde se encuentran los antecedentes, las bases teóricas y científicas, las hipótesis, variables de la investigación, definición de términos básicos. Capítulo III: marco metodológico, donde se encuentra el método y diseño de investigación, tipo y nivel de investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos. Capítulo IV: resultados, procesamiento de los datos y la contrastación y la prueba de hipótesis. Capítulo V: discusión de resultados. Capítulo VI: conclusiones y recomendaciones. Por último las fuentes bibliográficas y los anexos.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco, 2017.

**Metodología:** El estudio pertenece al tipo de investigación básica, nivel descriptivo y método no experimental. La muestra para la presente investigación estuvo conformada por 23 pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis. Para la recolección de los datos se utilizaron como instrumentos las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton.

**Resultados:** Según el valor de significancia de ( $p: 0.598 > 0.05$ ) aceptando la  $H_1$ : Son significativos los niveles de ansiedad en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis; con el valor de significancia de ( $p: 0.584 > 0.05$ ) aceptando la  $H_2$ : Existe un nivel significativo de depresión; con valor de significancia general de ( $p: 0.71 > 0.05$ ) aceptando la  $H_i$ : Existe niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco, 2017.

**Conclusiones:** Un porcentaje de 39.1% de pacientes con insuficiencia renal crónica presentaron ansiedad leve, el 34.4% moderado y el 26.1% grave. En comparación con el 39.1% que presentaron depresión grave, el 30.4% depresión moderada, el 17.4% depresión muy grave y el 13.0% depresión leve.

**Palabras clave:** Niveles de Ansiedad y Depresión, Tratamiento de Hemodiálisis.



## ABSTRACT

**Objective:** To determine the levels of anxiety and depression in patients with chronic renal failure in hemodialysis treatment of the renal unit service of the Regional Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco, 2017.

**Methodology:** The study belongs to the type of basic research, descriptive level and non-experimental method. The sample for the present investigation consisted of 23 patients with chronic renal failure receiving hemodialysis treatment. Hamilton's anxiety and depression scales were used as instruments for the data collection.

**Results:** According to the significance value of ( $p: 0.598 > 0.05$ ) accepting H1: The anxiety levels are significant in patients with chronic renal failure on hemodialysis treatment; with the significance value of ( $p: 0.584 > 0.05$ ) accepting H2: There is a significant level of depression; with general significance value of ( $p: 0.71 > 0.05$ ) accepting the H1: There are levels of anxiety and depression in patients with chronic renal failure in hemodialysis treatment of the renal unit service of the Regional Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco, 2017.

**Conclusions:** A percentage of 39.1% of patients with chronic renal failure presented mild anxiety, 34.4% moderate and 26.1% severe. Compared with 39.1% who presented severe depression, 30.4% moderate depression, 17.4% very severe depression and 13.0% mild depression.

**Key words:** Anxiety and Depression Levels, Hemodialysis Treatment.

## **CAPITULO I**

### **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

#### **1.1. Descripción del problema.**

La ansiedad y depresión afectan a gran parte de la población mundial, según la OMS más de 350 millones de personas en el mundo sufren de depresión, asimismo entre el 3% y 5% de la población mundial sufre de ansiedad. Y según las estimaciones de la propia OMS para el año 2020 la ansiedad y depresión serán las causantes de discapacidad en el mundo. (OMS, 2012).

Por su parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que en América Latina unas 63.000 personas se suicidan anualmente. Muchos pacientes ocultan su depresión para evitar ser estigmatizados y por eso ha lanzado la campaña “La depresión, una crisis global” para que se conozca la enfermedad y quienes la padecen aprendan a reconocerla y afrontarla.

Asimismo la OPS menciona que los trastornos mentales y neurológicos representan el 14 % de la carga mundial de enfermedades a nivel mundial y el 22 % en América Latina y el Caribe. Entre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, la

depresión es la que más impacto tiene (5 %), seguida de los trastornos de ansiedad (3,4 %), la distimia (1,7 %), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4 %), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1 % cada una), y trastorno bipolar (0,8 %), entre otros. La depresión suele ser más común en las mujeres que en los hombres. Entre dos y cuatro de cada diez madres de países en desarrollo sufren de depresión durante el embarazo o postparto. (OMS, 2012).

En nuestro país se realizó una investigación en el año 2012 por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Menciona que más de un tercio de la población ha padecido algún tipo de trastorno mental siendo la depresión y la ansiedad los trastornos más frecuentes entre la población adulta de nuestro país y son problemas más serios de salud pública en el Perú, asimismo es en la ciudad de Lima donde se encuentra la mayor prevalencia de afectados seguido por dependencia y/o abuso de alcohol. (INSM, 2012).

La ansiedad afecta a quien la padece psicológica y físicamente. Psicológicamente la persona se muestra constantemente preocupada, con miedo, inquietud, inseguridad entre otros síntomas. A nivel físico las sensaciones que se experimenta van desde sensación de hormigueo en las manos, mareos, dificultad para respirar, tensión muscular, etc.

La depresión también afecta psicológica y emocionalmente, a nivel psicológico la persona presenta sentimientos de minusvalía, culpabilidad, pesimismo, apatía, irritabilidad, dificultad en la concentración, pensamientos y/o intentos suicidas. A nivel físico se producen cambios en el ritmo del sueño, cefaleas, problemas gástricos entre otros síntomas.

Tanto la ansiedad como la depresión pueden hacer que una persona se sienta incapacitada para llevar su vida con normalidad ya que compromete la vida de la persona en forma global, es decir a nivel familiar, social y laboral.

La enfermedad renal crónica es una de las enfermedades más extendidas a nivel mundial esto debido a que los síntomas iniciales pasan completamente desapercibido por la persona, inclusive pueden pasar muchos años hasta que el paciente sea diagnosticado con esta enfermedad. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la enfermedad renal crónica afecta a cerca del 10% de la población mundial siendo los pacientes de países pobres los más afectados esto debido al elevado costo del tratamiento. (OMS, 2015).

Según la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) en América Latina un promedio de 613 pacientes por millón

de habitantes tuvieron acceso en 2011 a alguna de las alternativas de tratamiento para la sustitución de la función que sus riñones ya no pueden realizar: hemodiálisis (realizada por una máquina), diálisis peritoneal (utilizando fluidos en el abdomen a través de un catéter) y el trasplante de riñón. Sin embargo, la distribución de estos servicios es muy inequitativa y en algunos países esa cifra fue menor a 200.

En el Perú en un diagnóstico situacional elaborado el año 2009 por expertos de varios hospitales para efectuar propuestas para enfrentarlo a corto y mediano plazo; concluyeron que la ERC es un problema de salud pública en el Perú y existe una gran demanda de pacientes en estadio 5 (Fase terminal) y muy poca oferta de servicios para su tratamiento. Como la hemodiálisis es una de sus principales formas de terapia de sustitución renal, la infraestructura física y el equipamiento son insuficientes y están colapsados, es importante buscar alternativas de solución. Las recomendaciones finales se centraron en crear la Estrategia Sanitaria de Salud Renal; implementar programas de prevención a mediano plazo de la ERC en estadios 1 – 4, modificar el sistema de ingreso de pacientes con ERC estadio 5 para recibir tratamiento dialítico financiados por el SIS. (Sociedad Peruana de Nefrología, 2015).

Asimismo, la enfermedad renal terminal se ha incrementado considerablemente esto debido al envejecimiento de la población y el

aumento de enfermedades como la diabetes mellitus y la hipertensión, que podría desarrollar una enfermedad renal.

La enfermedad renal al ser crónica supone un cambio negativo e inesperado en la persona debido a los síntomas que padece, al darse cuenta de las limitaciones que tiene, a los efectos del tratamiento, a la sensación de vulnerabilidad y a la incertidumbre. Todo esto afecta psicológicamente al paciente y son la ansiedad y depresión lo que más afecta a estas personas.

El tratamiento que se da a la enfermedad renal crónica, en muchos casos suele ser la hemodiálisis, este tratamiento se le denomina restitución renal ya que reemplaza la función renal de manera parcial en los pacientes afectados. En un informe periodístico publicado en marzo de 2015 por el diario El Comercio, la Sociedad Peruana de Nefrología menciona que en el Perú existen cerca de 3 millones de pacientes con esta enfermedad y que 30 mil personas estarían en fase 5 de la enfermedad es decir que ellos necesitan de algún tratamiento de restitución renal, sin embargo menciona que menos de la mitad de esas personas accede a la hemodiálisis. (El Comercio 2016).

En nuestra ciudad no existen cifras exactas de la cantidad de personas con enfermedad renal, siendo un hecho grave que pone en

peligro la salud de las personas. Tal es así, que en el hospital regional Hermilio Valdizán, se realiza el tratamiento de hemodiálisis a un máximo de 38 personas, sin embargo la cantidad de pacientes afectados con esta enfermedad seria mayor ya que esas personas no acceden al tratamiento debido a la imposibilidad de pagar el costo de su tratamiento y/o que no cuenten con el seguro que cubra los gastos del mismo.

El tratamiento de hemodiálisis afecta a la persona en todos los aspectos de su vida. El grado de cuanto le afecta depende de las características de la persona y su entorno.

Frente, a todo lo expuesto, esta investigación da a conocer los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis del Hospital Hermilio Valdizán Huánuco, por ser una investigación novedosa que aportara en el trato y cuidado de estos pacientes.

## **1.2. Formulación del problema.**

### **1.2.1. Problema General.**

¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2017?

### **1.2.2. Problemas específicos.**

¿Cuáles son los niveles de ansiedad (ausente, leve, moderado y grave) en los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán – Huánuco 2017?

¿Cuáles son los niveles de depresión (ausente, leve, moderado, grave y muy grave) en los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán – Huánuco 2017?

## **1.3. Justificación e importancia de la investigación.**

**A. Conveniencia:** el estudio servirá a los profesionales de la salud que laboran en el servicio de hemodiálisis del hospital regional Hermilio Valdizán - Huánuco para conocer los niveles de ansiedad



y depresión en pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Por otra parte, servirá a los profesionales de psicología a conocer el proceso para la realización de un estudio inédito.

**B. Teórico:** este estudio se realiza con el propósito de aportar al conocimiento que se tiene sobre la ansiedad y depresión en pacientes con tratamiento de hemodiálisis, nuevos datos que sean útiles para nuestra localidad teniendo en cuenta que no existen investigaciones en nuestra región sobre dicho tema.

**C. Práctico:** la importancia práctica de la presente investigación radica en que está orientada en identificar con mayor precisión los niveles de ansiedad y depresión por el tratamiento de hemodiálisis, además contribuye como un aporte en el campo de la salud mental.

**D. Metodológico:** porque el tema de la hemodiálisis y la insuficiencia renal crónica causados por múltiples factores son enfocados con un lenguaje sencillo y objetivo, asimismo para la evaluación de la ansiedad y depresión se utilizaron instrumentos que arrojaran datos confiables y válidos y que podrían ser utilizados por otros investigadores.

## **1.4. Objetivos de la investigación.**

### **1.4.1. Objetivo general.**

Determinar los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2017.

### **1.4.2. Objetivo específico.**

- Determinar los niveles de ansiedad en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2017.
- Identificar los niveles de depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán – Huánuco 2017.

### **1.5. Viabilidad y factibilidad.**

La investigación es viable debido a los trabajos realizados tanto a nivel internacional como a nivel nacional sobre ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica, estos estudios aportan datos importantes sobre el tema de investigación. Asimismo los instrumentos que se utilizaron (Escala de ansiedad de Hamilton y la Escala de depresión de Hamilton) son fáciles de aplicar, no demanda mucho tiempo y los ítems para medir la ansiedad y depresión son entendibles para los pacientes. También existió la predisposición del personal que labora en el hospital para poder llevar a cabo el estudio. Se contó con los recursos necesarios para ejecutar la presente investigación.

### **1.6. Limitaciones.**

No existen trabajos realizados en nuestra región sobre ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica que puedan fortalecer la presente tesis.

## **CAPITULO II**

### **II. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación.**

Existen investigaciones tanto a nivel nacional como internacional que tratan de entender la ansiedad y depresión en pacientes con tratamiento de hemodiálisis. En el presente acápite se presentan dichas investigaciones.

##### **2.1.1. Antecedentes internacionales.**

Páez, A, Marcos, J. Azpiroz, C. De Bortoli, M. (2009). “Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis”, Argentina. El objetivo fue investigar los niveles de ansiedad y depresión en 30 pacientes (15 mujeres) de edades comprendidas entre 25 y 85 años (media: 53,67; DE: 15,83) con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Como instrumentos se utilizaron: una entrevista semiestructurada para pacientes dializados, el Inventario de Depresión de Beck-II y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger. El 56,7% de los participantes manifestó algún grado de depresión. Los niveles de ansiedad (estado y rasgo) correlacionaron positivamente con los de depresión. La ansiedad estado fue mayor en los enfermos renales

crónicos de más edad y durante los primeros meses de hemodiálisis. El grado de depresión fue mayor en los pacientes sin actividad laboral y de edad superior a la media. La muestra estaba integrada por 50% de hombres y 50% de mujeres. El 46% de los pacientes era casado; el 23%, soltero; el 19 %, divorciado, y el 13%, viudo; sólo dos pacientes vivían solos. El 60% de los participantes no desempeñaba ningún tipo de actividad laboral. El 3,3% de los integrantes presentó depresión leve; el 16,7 %, depresión moderada, y el 36,7%, depresión grave; en síntesis, el 56,7% de la muestra manifestó algún grado de depresión.

Gómez, A. (2011). "Identificación de los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica de una unidad de hemodiálisis de la ciudad de Armenia - Quindío", Armenia – Colombia. El objetivo fue identificar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC), de una unidad de hemodiálisis de la ciudad de Armenia. Para ello se realiza una investigación de carácter descriptivo-cuantitativa en una muestra de 12 pacientes con IRC a los que se les aplicó la escala hospitalaria de ansiedad y depresión de Hamilton. Se encontró niveles significativos de ansiedad en el 66% de los encuestados, y depresión significativa en el 28%. Estas altas cifras indican la necesidad de realizar labores de acompañamiento psicológico durante el proceso médico en pro del mejoramiento de las condiciones de vida de las

personas con IRC o cualquier otra patología de cronicidad que cause alteraciones en los aspectos psicosociales.

Sierra, A. y Benitez, C. (2014). “Perfil cognitivo psicopatológico en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis”, Barranquilla – Colombia. El objeto de este estudio de investigación fue caracterizar el perfil cognitivo psicopatológico de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis, incluyendo en él depresión, ansiedad, creencias irracionales y estrategias de afrontamiento. Se utilizaron instrumentos como el Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) de Martin (2001), el inventario de ansiedad (IDARE) de Ch. Spielberger (1993), el test de pensamientos irracionales (IBT) de Jones (1983) y el cuestionario de estrategias de afrontamiento de Sandin & Chorot (CAE) (2002). Fue un estudio de tipo descriptivo, guiado por el paradigma empírico analítico, diseño no experimental, con una población total de 20 pacientes y una muestra conformada por diez, en cuya obtención se utilizó un muestreo de tipo intencional teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión propios de la investigación. Entre los ejes más significativos del perfil se encontraron los marcados estados depresivos, la ansiedad rasgo caracterizada por una propensión a padecer ansiedad por alguna característica de personalidad, la baja necesidad de aprobación y autoexigencia y una marcada tolerancia a la frustración, acompañada

de bajos niveles de ansiedad por preocupación. Se puede observar la tendencia a depender de un tercero, los pensamientos referentes a influencias pasadas, la baja expresión emocional abierta, una alta reevaluación positiva, importante para el afrontamiento de la IRC.

### **2.1.2. Antecedentes nacionales.**

Montoya, F, Suarez Ch, (2014). “Depresión y ansiedad en pacientes en hemodiálisis, Lambayeque 2012 – 2013” Chiclayo – Perú. Cuyo objetivo fue Estimar la frecuencia de Depresión y Ansiedad en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) en hemodiálisis. El estudio fue descriptivo transversal, con una población accesible de 319 pacientes con ERCT en hemodiálisis asegurados por EsSalud. Se realizó un muestreo no aleatorizado teniendo en cuenta una proporción esperada para ansiedad de 52.3%, obteniendo un tamaño muestral de 175 pacientes. Se captó a los participantes antes de la sesión de hemodiálisis donde se utilizó una ficha de recolección de datos que incluyó variables demográficas y datos clínicos. Se aplicó la escala de valoración funcional de Karnofsky y las escalas de Zung para depresión y ansiedad. La investigación arrojó los siguientes resultados: La mediana de edad fue de 59 años (P25=51 años, P75= 67años). El 60% (105/175) fueron de sexo masculino. Se encontró una frecuencia de depresión de 62,3%

(109/175); siendo leve en un 83,5% (91/109), moderada en 14,7% (16/109) y severa en 1,8% (2/109). La ansiedad estuvo presente en el 69,7% (122/175), siendo leve en 40,2% (49/122), moderada en 26,2% (32/122) y severa en 33,6% (41/122). Discusión: Se encontraron frecuencias de depresión y ansiedad superiores a las reportadas en la literatura. Es importante tener en cuenta estas patologías psiquiátricas en el manejo de los pacientes con ERCT.

### **2.1.3. Antecedentes regionales.**

Según la revisión de trabajos de investigación a nivel regional se encontró un antecedente indirecto.

Montoya, S. (2015). “Depresión y ansiedad en madres gestantes primerizas atendidas en los centros de salud del distrito de Huánuco”. El objetivo fue determinar la relación entre la depresión y la ansiedad que presentan las madres gestantes primerizas atendidas en los centros de salud del distrito de Huánuco. El trabajo realizado fue de carácter descriptivo correlacional, con una muestra de 30 madres gestantes primerizas entre la edades de 15 a 35 años a quienes se les aplicó el Inventario de depresión de Beck y el Inventario de ansiedad de Beck (BAI) para identificar los niveles Mínima, Leve Moderada y Grave. Los resultados de la investigación de acuerdo a los niveles fueron las siguientes: Depresión leve con un 50%; y para Ansiedad se obtuvo el nivel moderado con un 40%. De los resultados



generales obtenidos se puede decir que No existe una relación significativa entre la depresión y la ansiedad en madres gestantes primerizas de los centros de salud de los distritos de Huánuco.

## **2.2. Bases teórico – científicas.**

### **2.2.1. Bases teóricas.**

#### **2.2.1.1. Teoría conductista sobre la depresión y ansiedad.**

##### **A. Depresión.**

La depresión es entendida como un cuadro de debilitamiento o inhibición generalizada del comportamiento como consecuencia de una pérdida, retirada o disminución del refuerzo desde el entorno social, Ferster (1965).

Lewinsohn, (1974, 1976). Para Lewinsohn, la depresión es una respuesta a la pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta. Un reforzamiento insuficiente en los principales dominios vitales de una persona conduciría a un estado de ánimo deprimido y a una reducción en el número de conductas, los cuales según Lewinsohn son los fenómenos primarios de la depresión. Otros síntomas

de la depresión tales como la baja autoestima y la desesperanza serían la consecuencia lógica de la reducción en el nivel de actividad. Por tanto, la pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta constituiría para Lewinsohn la causa suficiente de la depresión que, a su vez, podría deberse a la ocurrencia de los siguientes factores aislados o en combinación: (a) un ambiente que no proporciona el reforzamiento suficiente; (b) falta de habilidades sociales para obtener reforzamiento de un ambiente dado, y (c) incapacidad de disfrutar de los reforzadores disponibles debido a que el sujeto presenta altos niveles de ansiedad social que, al interferir con la puesta en marcha de sus habilidades sociales, le impiden acceder a los refuerzos sociales.

Para el conductismo la depresión es el debilitamiento del comportamiento debido a una pérdida del refuerzo del entorno social.

Asimismo la depresión es la falta de refuerzos positivos, también como consecuencia de reforzamientos insuficientes en aspectos vitales de una persona lo que le llevaría a un estado deprimido donde sus conductas disminuirían, esta pérdida o

disminución de refuerzos positivos están asociados a otros factores o aislados tales como: el ambiente donde no se refuerza adecuadamente, la falta de habilidades sociales por parte de la persona que le impide obtener un adecuado reforzamiento ya la incapacidad de disfrutar de los refuerzos.

## **B. Ansiedad.**

Desde el enfoque conductista la ansiedad será conceptualizada básicamente de dos formas: como una respuesta clásicamente condicionada y como un impulso (drive) que motiva la conducta del organismo. Partiendo de una concepción ambientalista, y utilizando preferentemente los términos de miedo y temor, Watson y la escuela conductista en general conceptualizan la ansiedad como una respuesta conductual y fisiológica a una estimulación o situación externa al sujeto. La ansiedad será definida principalmente como un subtipo de miedo, un impulso o drive aprendido. Desde este tipo de planteamientos Hull (1921, 1943, 1952) considera la ansiedad como un impulso motivacional responsable de la capacidad del sujeto para emitir respuestas ante una

estimulación. En años sucesivos, muchos autores estudian la ansiedad siguiendo los principios del condicionamiento clásico o instrumental. (Palmero, F. 1996).

La ansiedad para el conductismo es considerada según Watson como una respuesta conductual y fisiológica que es activada por una situación externa al sujeto. También se le considera como un subtipo de miedo en que el sujeto emite respuestas ante una estimulación.

#### **2.2.1.2. Teoría cognitiva De Beck para la ansiedad y depresión.**

##### **A. Ansiedad.**

La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck es que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Así, en la ansiedad, la percepción del peligro y la subsecuente valoración de las capacidades de uno para enfrentarse a tal peligro, que tienen un valor obvio para la propia supervivencia, aparecen sesgadas en la dirección de una sobreestimación del grado de peligro asociado a las

situaciones y de una infravaloración de las propias capacidades de enfrentamiento. La perspectiva de la ansiedad se centra en el concepto de vulnerabilidad. Beck, Emery y Greenberg (1985) definían vulnerabilidad “como la percepción que tiene una persona de sí misma como objeto de peligros internos y externos sobre los que carece de control o éste es insuficiente para proporcionarle una sensación de seguridad”. En los síndromes clínicos, la sensación de vulnerabilidad se magnifica por efecto de ciertos procesos cognitivos disfuncionales. Según Beck (1985) el sujeto desde su nacimiento ha adquirido una serie de esquemas cognitivos sobre amenazas que se activan en diferentes situaciones lo que pone en marcha sus pensamientos automáticos que son incorrectos y que están basadas en falsas suposiciones. Esa activación pondría en marcha distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos referentes a expectativas, imágenes amenazantes, incapacidad percibida de afrontamiento (a nivel cognitivo), que produciría a su vez la activación-arousal emocional (a nivel conductual). Ruiz y Cano (2002).

Los esquemas cognitivos suelen ser idiosincráticos, aunque son frecuentes los contenidos temáticos referentes a amenazas sobre las relaciones sociales, identidad personal, ejecución-rendimiento, autonomía y salud. Jarret y Rush (1988).

Las distorsiones cognitivas que aparecen en los trastornos de ansiedad son (Beck, 1985).

1. Inferencia arbitraria-Visión catastrófica: Consiste en la anticipación o valoración catastrófica, no basada en evidencias suficientes, acerca de ciertos peligros anticipados que se perciben como muy amenazantes por el sujeto.
2. Maximización: El sujeto incrementa las probabilidades del riesgo de daño.
3. Minimización: El sujeto percibe como muy disminuida su habilidad para enfrentarse con las amenazas físicas y sociales.

Beck (1985) añade que en los trastornos por ansiedad, pánico y fóbias, la activación cognitiva de los esquemas de amenaza, produciría una especie de "bypass cognitivo": una especie de evitación, cortocircuito o dificultad para que operara el pensamiento racional del sujeto; el sistema primitivo de procesamiento de la información competiría con el

sistema racional y evolucionado de procesamiento. Esto explicaría el típico "conflicto neurótico" entre la razón y la "irracionalidad" percibida por el sujeto en sus cogniciones. Ruiz y Cano (2002)

La persona con trastornos de ansiedad tienen distorsionado el procesamiento de la información es así que cuando existe un peligro real o imaginario tienen una sobrevaloración de la situación y sus capacidades de afrontamiento son infravaloradas, esta forma de procesar la información se les denomina distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos, que según Beck surgen a partir del nacimiento del individuo en el contexto de su formación que suelen ser idiosincráticos de acuerdo al entorno social.

Existen tres tipos de distorsiones cognitivas en las personas con trastornos de ansiedad: visión catastrófica, donde consideran que cualquier situación que le resulte amenazante las consecuencias serán lo peor que le pueda pasar. Maximización, la persona incrementa de forma exagerada una situación de peligro así como sus errores. Minimización, donde se considera incapaz de afrontar un peligro.

## **B. Depresión.**

Beck (1985) el modelo cognitivo de la depresión tiene tres conceptos claros y definidos:

1. La triada cognitiva. En las personas depresivas aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o privación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando, pues, lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Esta tríada resulta en una retirada persistente del entorno, una persistencia que resta todo valor adaptativo a la conducta de retirada. (Sanz, J. 1993).
2. Esquemas Beck (1979) Son las estructuras cognitivas de organización de la información en la memoria. Representan el conjunto de experiencias previas y actúan como moldes que dirigen la atención, influyen en la interpretación de los acontecimientos y facilitan el recuerdo. Los esquemas cognitivos disfuncionales toman la forma de creencias nucleares o supuestos implícitos.



**3. Errores cognitivos.** Son características de los pensamientos automáticos que generan emociones negativas. Cada persona tenderá a cometer algunos de estos errores cognitivos con más frecuencia. En consecuencia, es posible que las interpretaciones erróneas generen conflictos con otras personas, o interfieran la manera de ver la vida dando lugar a una visión simplista y negativa. La persona deprimida interpreta erróneamente el procesamiento de la información que proviene de todo lo que le rodea. Algunas de estas distorsiones cognitivas son: catastrofismo, abstracción selectiva, pensamientos dicotómicos, maximización, minimización.

Beck ha definido claramente los tres conceptos en la cual se sustenta la teoría cognitiva de la depresión. La primera, que es el concepto más importante de la teoría propuesta por Beck, es la triada cognitiva donde la persona tiene una visión muy negativa de sí mismos es decir se ve como inferior, despreciable, se desvaloriza constantemente y resalta los aspectos negativos de sí, visión negativa del mundo, de su entorno donde considera que todo lo que le rodea está mal y no le conviene y una visión negativa del

futuro es pesimista y que las cosas no cambiaran nunca. La segunda son los esquemas que vienen a ser las experiencias previas de la persona y que se manifiestan a través de interpretaciones de las situaciones. La tercera son las distorsiones o errores cognitivos en la que la persona hace una malinterpretación en el procesamiento de la información. Este error viene derivado de los esquemas cognitivos.

Para la presente investigación se elige como referente la teoría cognitiva de Beck para la ansiedad y depresión, ya que es considerada una de las teorías más importantes para la explicación de estas dos afecciones y que por lo tanto dará mayor sustento teórico a la presente investigación.

#### **2.2.1.3. Insuficiencia renal crónica.**

##### **Teoría de las nefronas intactas.**

La insuficiencia renal es consecuencia de una marcada disminución del número de nefronas funcionantes en ambos riñones. En estadios avanzados, solo algunas nefronas permanecen sanas

o intactas, a las que compete la eliminación de la carga osmótica correspondiente a la totalidad de la población nefrónica del sujeto sano.

A medida que disminuye la población de nefronas indemnes, se retienen más productos nitrogenados y aumenta la carga osmótica de las nefronas remanentes. Se produce así una diuresis osmótica que da origen a una Poliuria isotónica con el plasma. El riñón no concentra ni diluye la orina, condición conocida por isostenuria.

Esta etapa suele estar precedida por la llamada fase hipostenúrica, caracterizada por una poliuria hipotónica, expresión del compromiso medular y tubulodistal, con pérdida de la capacidad de concentración de la orina y conservación de la capacidad de dilución. (Llánio, R. 2005).

## **2.2.2. Bases científicas.**

### **2.2.2.1. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica.**

A diferencia del resto de la población las personas con enfermedades crónicas están sometidas a más

situaciones amenazantes, sobre todo en los pacientes en que se manifiestan trastornos más sintomáticos, quienes padecen enfermedades que requieren de tratamientos que incluyen elementos aversivos y en todos aquellos pacientes que deben aceptar cambios en su estilo de vida. Los pacientes con insuficiencia renal crónica están sometidos a una constante situación de amenaza y se da desde que la persona es diagnosticada, entra en la etapa final o etapa 5 de la enfermedad y se empieza el tratamiento de hemodiálisis. Ante estas situaciones es difícil para el paciente no experimentar una sensación de angustia, temor y desesperanza. Un gran número de observaciones han encontrado que las restricciones en la dieta, los trastornos sexuales, los cambios en las relaciones sociales y familiares, el deterioro de la imagen y la situación laboral y económica concentran la mayoría de las respuestas disfuncionales de los pacientes. (Pérez, T. et al., 2011).

Las investigaciones realizadas sobre ansiedad reconocen que el tiempo de tratamiento, las complicaciones físicas, la edad, el sexo, el estado civil, el apoyo social y la actividad laboral poseen un fuerte

potencial de ansiedad. Con respecto al tratamiento mencionan que los pacientes sometidos a hemodiálisis tienen mayores niveles de ansiedad que los pacientes con otro tipo de tratamiento, esto debido a que su autonomía esta mermada.

La depresión posee un claro efecto en la evolución y en el desarrollo de las enfermedades crónicas. Este efecto se manifiesta en la disminución de las conductas de autocuidado, en un defectuoso cumplimiento del tratamiento, en cierta indolencia en el cumplimiento de la dieta, en el estado inmunológico e incluso en dinámicas familiares y conyugales anómalas. Todos ellos son indicadores que maximizan la asociación entre depresión y mortalidad en pacientes sometidos a hemodiálisis. (Pérez, T. et al., 2011).

#### **2.2.2.2. Depresión: síntomas y niveles.**

La depresión se puede entender como un malestar psicológico caracterizado por sentimientos de tristeza y abatimiento, y conformado por un conjunto de síntomas que se relacionan entre sí y que abarcan

distintos aspectos del funcionamiento cotidiano de una persona.

**Síntomas de la depresión:** Para comprender la depresión es importante considerar cada uno de sus síntomas:

- a. **Síntomas cognoscitivos:** estos síntomas adquieren relevancia en el origen y mantenimiento de la depresión. Entre éstos se encuentran pesimismo, ideas de culpa, autodenigración, ideas suicidas, presencia de expectativas y autoimagen negativas, excesiva autocrítica, indecisión, imagen corporal negativamente distorsionada, disminución de la capacidad de atención y concentración.
- b. **Síntomas afectivos:** tristeza e infelicidad, sentimiento de desesperanza, sentimiento de culpa y de no valer nada, pérdida de alegría, aburrimiento, irritabilidad o rabia excesiva, pérdida de lazos emocionales, períodos de llanto, desaliento y aflicción excesiva y prolongada.
- c. **Síntomas conductuales:** inactividad y pasividad, enlentecimiento psicomotor, menor productividad, baja en la conducta verbal, déficit en la comunicación no verbal, pérdida de energía,

descuido de la apariencia personal, agitación y gesto suicida.

**d.** Síntomas fisiológicos: aumento o disminución del apetito, pérdida o aumento de peso, estreñimiento, insomnio o hipersomnia y disminución del impulso sexual.

**e.** A nivel motivacional: uno de los síntomas principales de la depresión es la ausencia de la motivación para llevar a cabo incluso las tareas más simples. De esta manera, se aprecia pasividad y pérdida de interés, baja en el apetito y en los deseos sexuales, falta de voluntad o ganas de hacer cosas, deseos de evitación y escape.

**f.** A nivel interpersonal: un alto porcentaje de las personas deprimidas presentan un deterioro en las relaciones con los demás, planteando haber disminuido su interés por la gente. Esto conduce a otras dificultades, influyendo de manera importante en el resto de la sintomatología.

La depresión constituye un cuadro diagnóstico variado, debido a que las personas deprimidas pueden diferir en cuanto a los síntomas que presentan y también en

cuanto a su evolución temporal. En algunos casos, se observa un episodio más bien breve; sin embargo, la depresión también puede volverse crónica; lo mismo sucede con la intensidad de la sintomatología, que puede ir desde una disminución relativamente leve del ánimo hasta una gravedad mayor, como la presencia de ideación o intentos suicidas o síntomas psicóticos. Esto permite comprender la existencia de cuadros como la distimia, por ejemplo, donde se presentan síntomas parecidos a los de una depresión mayor, pero con menor intensidad y prolongación superior en el tiempo. (Oblitas, L. 2012).

### **Niveles de la depresión.**

- a.** Depresión ausente. La persona se encuentra estable, no se manifiestan ningún síntoma de la depresión.
- b.** Depresión leve. Los síntomas que experimenta la persona son tristeza, apatía, desilusión en forma ligera que no afecta la vida del paciente.
- c.** Depresión moderada. En este nivel los síntomas están sobrepasando la capacidad de la persona de sobrellevarlo, afecta en cierto grado todos los



aspectos de la vida de la persona como: la familiar, la laboral y la social. Los síntomas se intensifican.

- d. Depresión grave y muy grave. La persona se encuentra incapacitada debido a la gravedad de los síntomas su vida se encuentra completamente afectada, se observa pérdida de interés por la vida, existen pensamientos suicidas, en algunos casos ya hubo intento de suicidio.

#### **2.2.2.3. Ansiedad: síntomas y niveles.**

La ansiedad es una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación o descarga del sistema nervioso autónomo. No obstante, algunos autores que han trabajado en una línea más experimental han preferido definiciones más operativas, tal como la referida por Wolpe (1979), para el cual la ansiedad puede ser definida de forma tan simplista como la reacción autónoma de un organismo tras la presentación de algún estímulo nocivo. (Spielberger, Pollans y Worden, 1984),

**Componentes o síntomas de la ansiedad:** La ansiedad tiene tres componentes: Cognitivo, somático y conductual.

**a.** Componente cognitivo. Componente de la ansiedad relacionado con la propia experiencia interna. Incluye un amplio espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad. Este componente es el elemento central de la ansiedad ya que sin él la ansiedad no puede tener ningún valor clínico.

**b.** Componente somático. Los cambios fisiológicos más característicos consisten en un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que puede reflejarse tanto en cambios externos (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento de la tensión muscular, palidez facial, etc.) como internos (aceleración cardíaca, descenso de la salivación, aceleración respiratoria, etc.) algunos pertenecen a funciones corporales que pueden ser controladas voluntariamente (agitación, defecación, respiración, etc.) y otros a funciones involuntarias o parcialmente voluntarias (palpitaciones, vómitos,

temblor, etc.). La experiencia subjetiva de estos cambios orgánicos suele ser percibida de forma molesta y desagradable, pudiendo contribuir de esta manera a conformar el estado subjetivo de ansiedad.

- c.** Componente conductual. Corresponde a los componentes observables de conducta que, aparte de implicar variables como la expresión facial y movimientos o posturas corporales, fundamentalmente hacen referencia a las respuestas instrumentales de escape (huida) y evitación. (Belloch, A. 2009).

#### **Niveles de ansiedad.**

- a.** Ansiedad ausente. Donde no se manifiesta ningún síntoma de la ansiedad en la persona.
- b.** Ansiedad leve. Donde la persona manifiesta cierto grado de inquietud, están alertas a sus sensaciones corporales, sin embargo el paciente es capaz de concentrarse.
- c.** Ansiedad moderada. La persona tiene sensaciones inquietantes, asimismo se sienten nerviosos y agitados. El paciente está muy

pendiente de las sensaciones corporales, tiene gran dificultad para concentrarse.

- d. Ansiedad grave. La persona se encuentra preocupada, tiene la sensación de que algo malo le puede pasar, está completamente atemorizado.

#### **2.2.2.4. Insuficiencia renal: causas, síntomas y etapas.**

La enfermedad renal crónica es un síndrome clínico humoral resultante de la pérdida sostenida y progresiva de la función renal; este síndrome puede variar desde la etapa subclínica hasta la etapa sintomática florida, y cuyo destino final es la uremia.

En su fase final es fatal a plazos más o menos largos, a menos que pueda realizarse un tratamiento que sustituya la función renal mediante hemodiálisis y/o trasplante renal. (Ecured, 2016).

**Causas** que pueden provocar la Insuficiencia Renal Crónica:

- a. Infecciones ya sea de la vía urinaria, del riñón o sistémicas que afecten al riñón (por ejemplo: pielonefritis)
- b. Medicamentos que afecten al riñón (por ejemplo: nefritis intersticial crónica, producida mayormente

por antiinflamatorios no esteroideos, como el ibuprofeno y el diclofenaco y algunos antibióticos entre otros medicamentos)

- c. Traumatismos, tumores.
- d. Enfermedades renales adquiridas o hereditarias (por ejemplo glomerulonefritis o poliquistosis renal en más del 20%)
- e. Diabetes mellitus (más del 20%)
- f. Hipertensión arterial
- g. Ateroesclerosis (depósito de materias grasas, como el colesterol, en el interior de las arterias, en más del 15%)
- h. Enfermedades hereditarias sistémicas con afectación renal
- i. Cálculos de la vía urinaria.

### **Síntomas de la insuficiencia.**

Los síntomas de la enfermedad renal se dan de acuerdo a la etapa en el que se encuentra la enfermedad.

### **Etapas de la insuficiencia renal**

La enfermedad renal crónica está dividido en 5 etapas:

## **Etapas 1 y etapa 2**

A menudo hay pocos síntomas en las etapas 1 y 2 de la ERC. La ERC temprana, generalmente se diagnostica cuando se presentan las siguientes condiciones:

- Presión arterial alta
- Niveles superiores a los normales de creatinina o de Urea en la sangre
- Sangre o proteínas en la orina
- Evidencia de daño renal en una resonancia magnética, tomografía axial computarizada, ultrasonido o rayos x de contraste.
- Antecedentes familiares de enfermedad renal poliquística (ERP)

## **Etapas 3**

En la etapa 3 de la ERC pueden aparecer: la anemia (falta de glóbulos rojos) y/o la enfermedad ósea temprana. Estas condiciones pueden ser tratadas para ayudar a que el paciente se sienta lo mejor posible y a reducir los problemas que puedan presentarse en la evolución de la enfermedad.

## **Etapas 4**

Cuando la ERC ha progresado hacia la etapa 4, es el momento de empezar a prepararse para la diálisis y/o un trasplante de riñón. Si la TFG cae por debajo de 30, la mayoría de la gente necesita ver un especialista en enfermedades renales (llamado nefrólogo). El nefrólogo le hablará acerca de los tratamientos para la insuficiencia renal, incluyendo la diálisis y el trasplante. Una TFG por debajo de 15 indica que posiblemente es necesario iniciar uno de estos tratamientos.

## **Etapas 5**

Una persona con ERC en etapa 5 tiene Enfermedad Renal en etapa Terminal (ERT), con una TFG de 15 ml/min o menos. En esta etapa avanzada de la enfermedad renal, los riñones han perdido casi toda la capacidad de hacer su trabajo con eficacia, y finalmente se necesita iniciar la diálisis o un trasplante de riñón para sobrevivir.

Las personas diagnosticadas con ERC en etapa 5 necesitan ver a un nefrólogo inmediatamente. El médico le ayudará a decidir cuál es el mejor tratamiento a seguir: la hemodiálisis, la diálisis

peritoneal o un trasplante de riñón. Así mismo, le recomendará hacerse un acceso vascular para la diálisis. Un nefrólogo desarrollará un plan de atención general y dirigirá al equipo de atención médica que le prestará servicios al paciente (Davita, 2016).

## **2.3. Hipótesis.**

### **2.3.1. Hipótesis general.**

**H1:** Existen niveles significativos de ansiedad y depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán – Huánuco 2017.

**H0:** No existen niveles significativos de ansiedad y depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán – Huánuco 2017.

### **2.3.2. Hipótesis específicas.**

**H1:** Son significativos los niveles de ansiedad (ausente, leve, moderado y grave) en los pacientes con insuficiencia renal



crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán – Huánuco 2017.

**H0:** No son significativos los niveles de ansiedad (ausente, leve, moderado y grave) en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán – Huánuco 2017.

**H2:** Existe un nivel significativo de depresión (ausente, leve, moderado, grave y muy grave) en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2017.

**H0:** No existe un nivel significativo de depresión (ausente, leve, moderado, grave y muy grave) en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2017.

## 2.4. Variables e indicadores.

Variables		Dimensiones	Indicadores	Técnicas e instrumentos
<b>VI</b>	Hemodiálisis.	Insuficiencia renal crónica. Es la pérdida irreversible de las funciones del riñón para eliminar desechos.	Hipotensión o hipertensión. Diabetes.	Ficha de atención de los pacientes del servicio de unidad renal.
<b>VD</b>	Ansiedad y depresión.	Ansiedad. Es un estado subjetivo de gran tensión y nerviosismo que es provocado ante situaciones de amenaza.	Inquietud Preocupación excesiva. Temor. Incertidumbre.	Escala de ansiedad de Hamilton.
		Depresión. Es un estado de profunda tristeza que afecta la vida en todas sus dimensiones de la persona.	Desesperanza. Llanto frecuente. Pérdida de interés por las cosas.	Escala de depresión de Hamilton.

## 2.5. Definición de términos básicos.

### 2.5.1. Ansiedad.

Patrón de comportamiento variable y complejo caracterizado por sentimientos subjetivos de aprehensión y tensión acompañados de o asociados con activación fisiológica, que

ocurre en respuesta a estímulos internos o externos. (Consuegra, 2010).

### **2.5.2. Depresión.**

Trastorno afectivo con síntomas y signos que pueden presentarse de forma aguda, episódica o recurrente, aislados o como parte de otros estados patológicos. Lo que es nuclear en todas las formas de depresión (bipolar, reactiva, etc.) es el abatimiento persistente del humor. (Consuegra, 2010).

### **2.5.3. Insuficiencia renal crónica.**

La insuficiencia renal crónica es un deterioro progresivo de la función renal que se caracteriza por presentar un descenso de la capacidad de filtrado de la sangre por parte de riñón y la consecuente acumulación de sustancias nitrogenadas en sangre, principalmente la urea y sus derivados, así como la creatinina, durante un periodo de tiempo superior a tres meses. El estado final de esta situación es lo que se conoce como uremia o síndrome urémico. (Cañadas, 2016).

La insuficiencia renal tiene 5 etapas: las primeras dos etapas son asintomáticas, la cual es pasada por alto por los pacientes;

en la tercera etapa se presentan daños en el riñón a nivel morfológico donde el paciente puede tener anemia; en la cuarta etapa el riñón ha perdido el 80 % de su capacidad de filtrado, se realiza el diagnostico debido a los síntomas que presenta y donde se inicia el tratamiento de restitución renal; la quinta etapa se le denomina etapa terminal o insuficiencia renal crónica terminal.

#### **2.5.4. Hemodiálisis.**

La hemodiálisis es un proceso de eliminación de toxinas y exceso de fluidos de la sangre y los tejidos haciendo circular de forma continua la sangre a través de un filtro. El filtro, conocido como dializador o riñón artificial, se utiliza con una máquina que hace las funciones del riñón. La cantidad de sangre que circula en un momento a través del dializador es menos de la que cabría en una taza. (Kidney OptionsHome, 2016)

## **CAPITULO III**

### **III. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1. Método y diseño de investigación.**

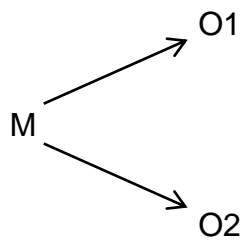
##### **3.1.1. Método de investigación.**

La presente investigación pertenece al **MÉTODO NO EXPERIMENTAL** es decir la que se realiza sin manipular ninguna variable independiente para ver su efecto en otras variables. (Sampieri, Fernández y Baptista, 2015). Lo que se hace en la investigación no experimental es observar el fenómeno tal como se da en su contexto natural, para luego analizarlos.

##### **3.1.2. Diseño de investigación.**

Esta investigación corresponde al diseño **DESCRIPTIVO TRANSECCIONAL O TRANSVERSAL**, ya que los datos fueron recogidos en un solo momento y en un tiempo único, asimismo tuvo como objetivo indagar los niveles de una o más variables en una población determinada. (Sampieri, Fernández y Baptista, 2015).

El esquema de este diseño es el siguiente:



Del esquema anterior:

M = Medición.

O1 = Ansiedad.

O2 = depresión.

### 3.2. Tipo y nivel de investigación.

#### 3.2.1. Tipo de investigación.

Por su finalidad la presente investigación pertenece al **TIPO DE INVESTIGACIÓN BÁSICA** ya que estuvo orientada a la búsqueda de conocimientos científicos que produce resultados de utilidad práctica inmediata, (Sánchez C. y Reyes M., 2002) Con la investigación que se llevó a cabo se pretendió conocer los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis a través de la utilización de pruebas psicológicas.

#### 3.2.2. Nivel de investigación.

Según la profundidad pertenece al **NIVEL DE INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVO**, ya que describe los

fenómenos, tal como es y cómo se manifiesta en el momento de realizarse el estudio. (Sánchez, C. 2002).

A través de la investigación que se realizó se recogió información sobre el estado actual del fenómeno (ansiedad y depresión) para poder tener un conocimiento real sobre lo que se pretende medir.

### **3.3. Población y muestra.**

#### **3.3.1. Población.**

La población estuvo compuesta por 32 pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica de ambos sexos que realizan su tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Regional Hermilio Valdizán.

#### **3.3.2. Tipo de muestra.**

Muestra es no probabilística por conveniencia, ya que los sujetos fueron seleccionados en función al criterio del investigador por su accesibilidad. (Sampieri, Fernández y Baptista, 2015).

Jhon W, Creswell (2008), define la muestra no probabilística por conveniencia como un procedimiento de muestreo cuantitativo en el que el investigador selecciona a los participantes, ya que están dispuestos y disponibles para ser estudiados.

### **3.3.3. Muestra.**

La muestra estuvo constituida por 23 pacientes de ambos sexos entre las edades de 20 a 65 años en tratamiento de hemodiálisis del hospital Hermilio Valdizán.

#### **3.3.3.1. Criterios de inclusión y exclusión**

Para la selección de la muestra se tuvo los siguientes criterios:

##### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes entre las edades de 20 años a 70 años.
- Pacientes lúcidos.
- Pacientes de Ambos sexos: masculino y femenino.

##### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes mayores de 75 años.
- Pacientes con alguna dificultades a nivel visual, auditivo o se encuentren en estado de inconciencia.

### **3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos.**

#### **3.4.1. Técnicas.**

- Análisis de documentación. Se realizó a través de la observación de las historias clínicas de cada paciente para



poder determinar la población y la muestra teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

- Aplicación de test psicológicos. Esta técnica sirve para medir una característica específica de nuestros sujetos de estudio, en este caso se evaluaron los niveles de ansiedad y depresión a través de la Escala de ansiedad de Hamilton y de la Escala de depresión de Hamilton respectivamente. Cabe mencionar que se usará las adaptaciones españolas de dichos instrumentos.
- Prueba piloto. Consiste en aplicar los test a personas con las mismas características de la muestra de nuestro estudio, se realizó este procedimiento con el objetivo de asegurar la validez de nuestros instrumentos, además de la redacción y comprensión de las instrucciones.

### **3.4.2. Instrumentos.**

#### **3.4.2.1. Escala de ansiedad de Hamilton.**

Esta escala fue diseñada en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem quedando en 14. Esta versión es la que más se usa actualmente.

#### **Adaptación española.**

Para el presente estudio se utilizó la adaptación española realizado por Carrobbles y cols en 1986. Se trata de una escala

heteroadministrada, de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Califica de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

#### **Confiabilidad.**

Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86).

#### **Validez:**

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi ( $r = 0,63 - 0,75$ ) y con el Inventario de Ansiedad de Beck ( $r = 0,56$ ).

#### **3.4.2.2. Escala de depresión de Hamilton.**

La versión inicial, con 24 ítems, data de 1960 y fue posteriormente revisada y modificada por el mismo autor, en 1967, reduciéndola a 21 ítems. De ellos, los cuatro últimos no son útiles a efectos de valorar la intensidad o gravedad de la depresión, por lo que en los ensayos clínicos de evaluación terapéutica se ha generalizado el uso de una versión reducida de 17 ítems, que corresponden a los 17 primeros de la versión publicada en 1967.

Es una escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación. Los ítems incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento.

Se califica de 0 - 4 puntos para los apartados 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11 y 15, respectivamente. Y con una puntuación de 0 – 2 para los apartados 4, 5, 6, 12, 13, 14, 16 y 17. La puntuación total va de 0 a 52.

### **Adaptación española.**

La versión de 21 ítems fue adaptada al castellano por Conde y cols en 1984, quien introdujo un ítem final para valoración de otros síntomas, por lo que consta de 22 ítems. Ramos-Brieva y Cordero (1986) adaptaron al castellano y validaron la versión reducida de 17 ítems.

**Confiabilidad.**

En sus dos versiones, esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92, según estudios). El coeficiente de correlación intraclases es de 0,92 en un estudio llevado a cabo por Pott. La fiabilidad interobservador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9.

**Validez.**

Su correlación con otros instrumentos de valoración global de la depresión, como la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg, el Inventario de Sintomatología Depresiva y la Escala de Melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9.

**3.4.2.3. Validez y confiabilidad de los instrumentos obtenidos a través de la prueba piloto.**

Se realizó después de aplicar a una prueba piloto los instrumentos de evaluación en un grupo homogéneo a nuestros sujetos de estudio, teniendo en cuenta nuestro entorno y los criterios de inclusión y exclusión, asimismo se verificó la comprensión de las instrucciones, adecuada redacción de los ítems y el tiempo de aplicación de cada instrumento.

La confiabilidad de las pruebas se realizó a través del coeficiente de Alfa de Cronbach para lo cual se utilizó el paquete estadístico de SPSS v21.

A continuación se muestran los resultados mediante cuadros:

**Prueba de confiabilidad para la Escala de ansiedad de Hamilton.**

**Estadísticos de fiabilidad**

	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
Alfa de Cronbach		
,820	,820	14

**Prueba de confiabilidad para la Escala de depresión de Hamilton.**

**Estadísticos de fiabilidad**

	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
Alfa de Cronbach		
,831	,836	17

En ambos instrumentos, mediante el método de consistencia interna de Alfa de Cronbach, obtuvieron una alta confiabilidad mayor a 0.8, lo que se interpreta para la validez que cada instrumento mide aquello para lo cual están diseñados, teniendo en cuenta que cuanto más cerca se encuentre el valor de alfa a 1 mayor es la consistencia de los ítems. (Hernández, Fernández y Baptista, 2015).

La Escala de ansiedad de Hamilton obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.820 y la Escala de depresión de Hamilton obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.831 lo que quiere decir que ambas pruebas son confiables en su consistencia interna.

#### **3.4.2.4. Procedimientos de recolección de datos.**

La recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

- Se solicitó el permiso correspondiente al jefe de unidad renal del hospital Hermilio Valdizán, para poder llevar a cabo la investigación.
- Se elaboró y entregó el consentimiento informado a los pacientes para que tengan la información adecuada sobre el trabajo que se realizará.
- Se aplicó los inventarios de ansiedad y depresión de Hamilton a los pacientes para recopilar la información sobre estas dos variables.
- Procesamiento de los datos.
- Interpretación de los datos obtenidos.
- Elaboración del informe final.

### **3.5. Tratamiento y procesamiento de datos.**

#### **3.5.1. Tratamiento de datos.**

- Evaluación de los datos obtenidos.
- Tabulación de los datos.

- Elaboración de los cuadros y gráficos correspondientes a cada una de las variables y dimensiones.

### 3.5.2. Procesamiento de datos.

Para el análisis y procesamiento de los datos se utilizó la significancia del Chi cuadrado que interpreta la no paramétrica.

Dicho esquema estadístico es el siguiente:

$$X^2 = \frac{\Sigma(Fo - Fe)^2}{Fe}$$

Donde:

$$X^2 = \text{¿?}$$

$\Sigma$  = Sumatoria

$Fo$  = frecuencia observada.

$Fe$  = Frecuencia esperada.

## CAPITULO IV

### IV. RESULTADOS

#### 4.1. Tratamiento estadístico e interpretación.

TABLA 1

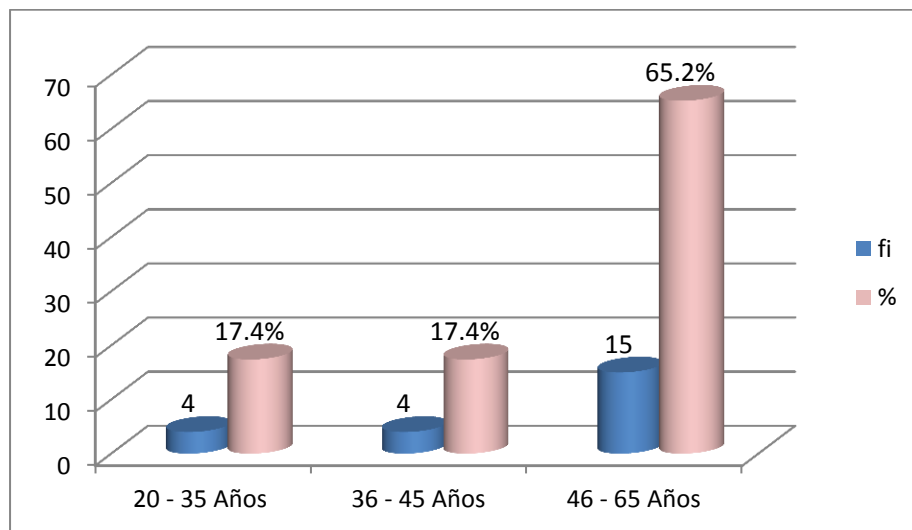
**Edad de los pacientes con insuficiencia renal crónica en  
tratamiento de hemodiálisis del servicio de Unidad Renal  
Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2017.**

Edad (años)	fi	%
20 – 35	4	17.4
36 – 45	4	17.4
46 – 65	15	65.2
<b>Total</b>	23	100.0

Fuente: Historias clínicas de los pacientes de unidad renal.

Elaboración: Propia.

GRÁFICO 1





### **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla 1 y el gráfico 1 se aprecia un total de 23 pacientes que equivale al 100%. Un porcentaje de 65.2% (15) pacientes con insuficiencia renal crónica presentaron edades entre 46 a 65 años, el 17.4% (4) entre 20 a 35 años y el 17.4% (4) entre 36 a 45 años.

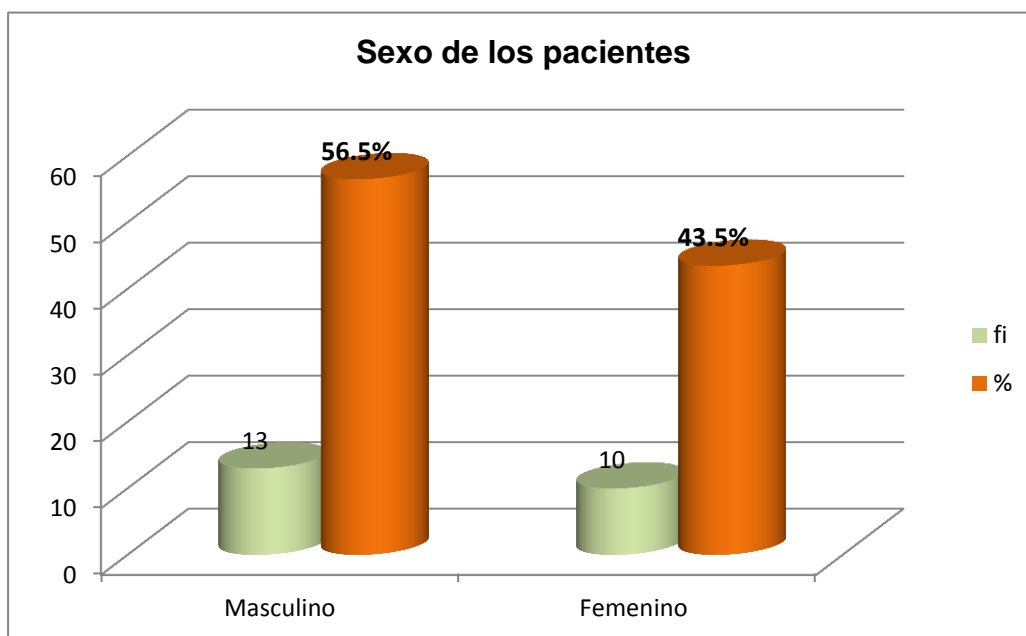
**TABLA 2**

**Sexo de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de Unidad Renal Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2017.**

<b>Sexo</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
<b>Masculino</b>	13	56.5
<b>Femenino</b>	10	43.5
<b>Total</b>	23	100.0

Fuente: Historias clínicas de los pacientes de unidad renal.  
Elaboración: Propia.

**GRÁFICO 2**



**INTERPRETACIÓN:**

Como se aprecia en la tabla 2 y gráfico 2, del total de 23 pacientes evaluados, un porcentaje de 55.5% (13) de pacientes con insuficiencia renal crónica estudiados pertenecen al sexo masculino y el 43.5% (10) al sexo femenino.

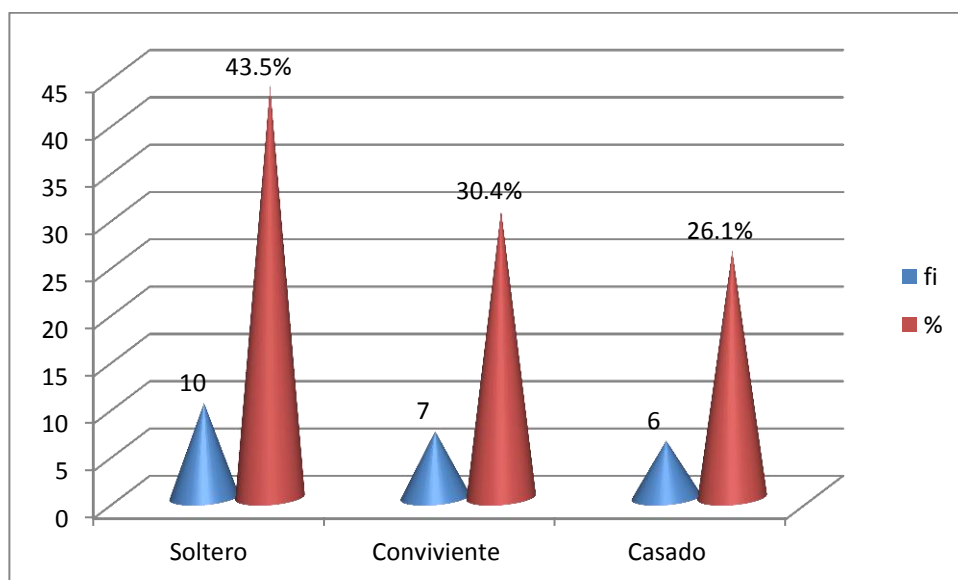
**TABLA 3**

**Estado civil de los pacientes con insuficiencia renal crónica en  
tratamiento de hemodiálisis del servicio de Unidad Renal Hospital  
Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2017.**

Estado civil	fi	%
<b>Soltero (a)</b>	10	43.5
<b>Conviviente</b>	7	30.4
<b>Casado (a)</b>	6	26.1
<b>Total</b>	23	100.0

Fuente: Historias clínicas de los pacientes de unidad renal.  
Elaboración: Propia.

**GRÁFICO 3**



### **INTERPRETACIÓN:**

Como se muestra en tabla y gráfico 3, de los 23 pacientes, un porcentaje de 43.5% (10) de pacientes con insuficiencia renal crónica su estado civil es soltero (a), el 30.4% (7) conviviente y el 26.1% (6) casado(a).

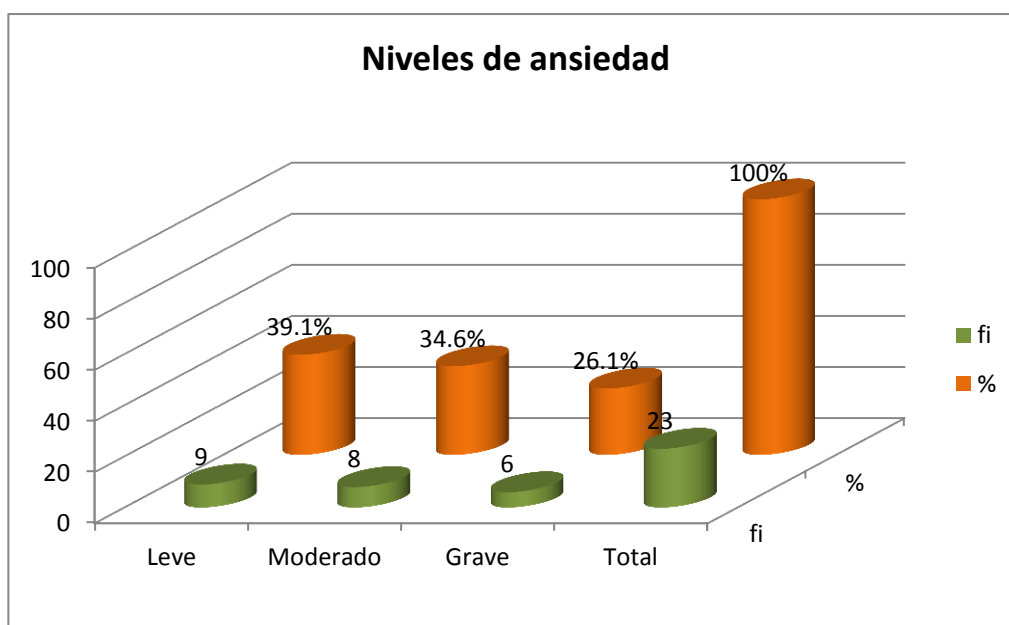
**TABLA 4**

**Niveles de ansiedad en los pacientes con insuficiencia renal crónica en  
tratamiento de hemodiálisis del servicio de Unidad Renal  
Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2017.**

Niveles de ansiedad	fi	%
Leve	9	39.1
Moderado	8	34.6
Grave	6	26.1
Total	23	100.0

Fuente: Ficha técnica de la escala de ansiedad de Hamilton.  
Elaboración: Propia.

**GRÁFICO 4**



## **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla 4 y gráfico 4, se muestra que del total de 23 pacientes evaluados con la Escala de ansiedad de Hamilton que equivale al 100%, se observa que un porcentaje promedio de 39.1% (9) de pacientes con insuficiencia renal crónica evaluados presentaron ansiedad leve a consecuencia del tratamiento de hemodiálisis, el 34.6% (8) ansiedad moderada y el 26.1% (6) ansiedad grave.

Los síntomas que presentan los pacientes con ansiedad leve son cierto grado de inquietud, se muestran alertas a sus sensaciones corporales, pueden funcionar de forma normal pero hacen esfuerzo para ello.

En los pacientes con ansiedad moderada predominaron los siguientes síntomas: dificultad para concentrarse, dificultad para conciliar el sueño, se sienten nerviosos y agitados, y están pendientes de sus sensaciones corporales.

Los síntomas presentes en los pacientes con ansiedad grave son los siguientes: se siente atemorizado, preocupado, con insomnio, considera que algo malo le puede pasar, no logra sentirse relajado.

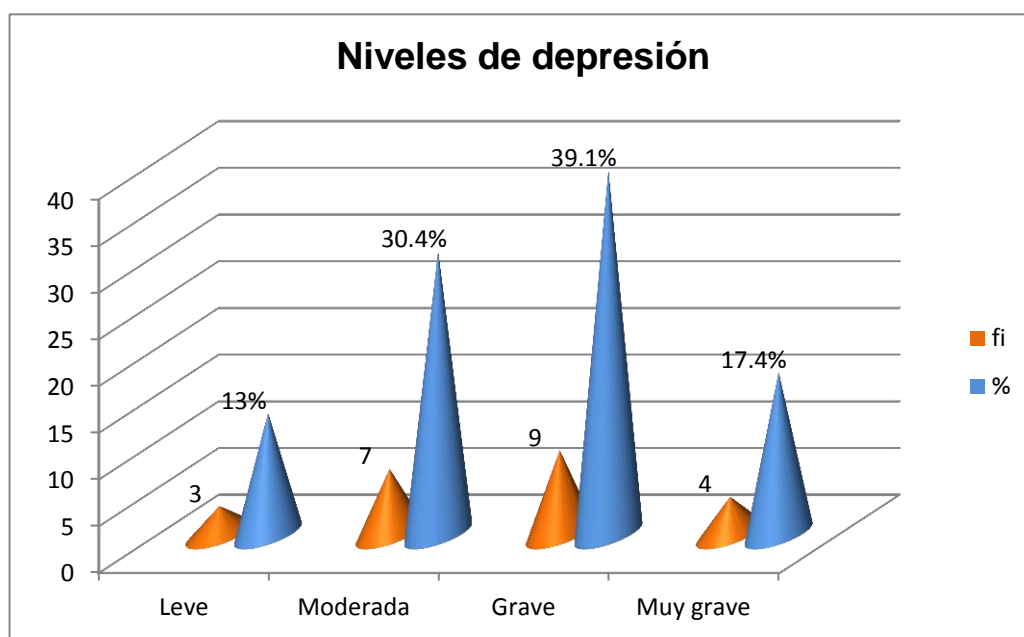
**TABLA 5**

**Niveles de depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de Unidad Renal Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2017.**

Niveles de depresión.	fi	%
Leve	3	13.0
Moderada	7	30.4
Grave	9	39.1
Muy grave	4	17.4
Total	23	100.0

Fuente: Ficha técnica de la escala de depresión de Hamilton.  
Elaboración: Propia.

**GRÁFICO 5**





## **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla 5 y gráfico 5 se aprecia que del total de 23 pacientes evaluados con la Escala de Depresión de Hamilton que equivale al 100%, un porcentaje promedio de 39.1% (9) de pacientes con insuficiencia renal crónica evaluadas presentaron depresión grave, 30.4% (7) depresión moderada, el 17.4% (4) depresión muy grave y el 13% (3) depresión leve.

Los síntomas que predomina en los pacientes con depresión leve son los siguientes: se sientes desilusionados, apáticos.

Presencia de síntomas en los pacientes con depresión moderada, incapacidad para conciliar el sueño, tristeza, decaimiento, falta de apetito.

Síntomas en los pacientes con depresión grave: profunda tristeza, llanto frecuente, incapacidad para afrontar la situación. Pensamientos suicidas.

Síntomas de la depresión muy grave presentes en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis: intentos de suicidio, su vida social esta profundamente afectada, pérdida de interés por la vida.

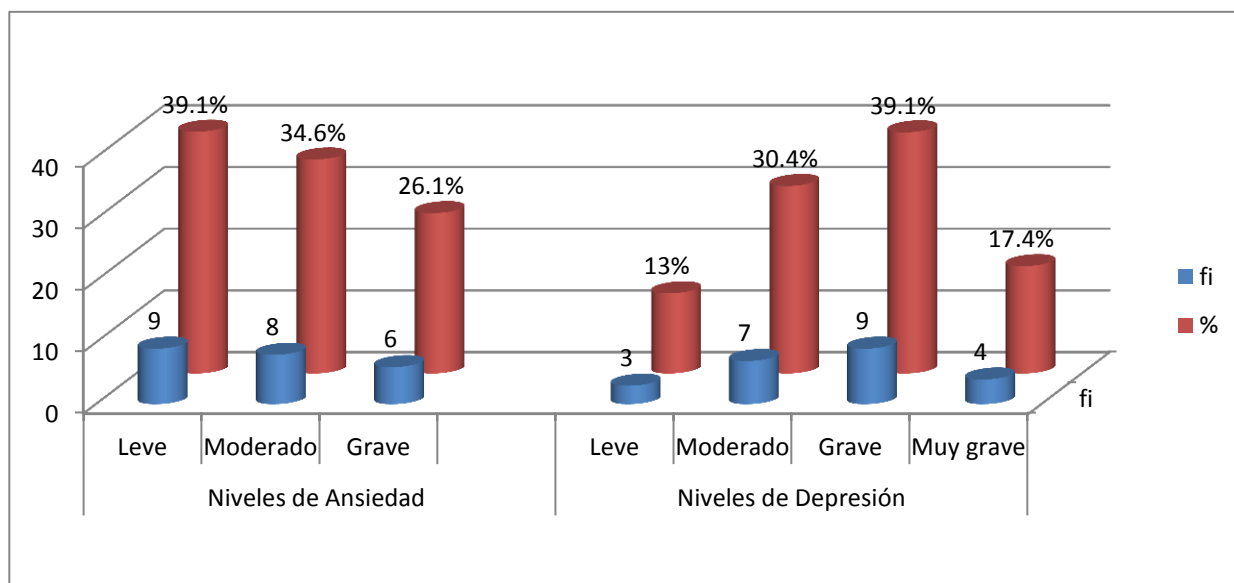
**TABLA 6**

**Niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de Unidad Renal Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2017.**

Niveles de ansiedad	Niveles de depresión								Total	
	Leve		Moderada		Grave		Muy grave			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Leve</b>	1	4.3	2	8.7	4	17.4	2	8.7	9	39.1
<b>Moderada</b>	1	4.3	3	13.0	3	13.0	1	4.3	8	34.6
<b>Grave</b>	1	4.3	2	8.7	2	8.7	1	4.3	6	26.1
<b>Total</b>	3	13.0	7	30.4	9	39.1	4	17.4	23	100

Fuente: Ficha Técnica de la Escala de Ansiedad – Depresión de Hamilton.  
Elaboración : Propia.

**GRÁFICO 6**



### **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla 6 y gráfico 6, un porcentaje promedio general de 39.1% (9) de pacientes con insuficiencia renal crónica estudiados presentaron ansiedad leve, 34.6% (8) moderada y el 26.1% (6) grave a consecuencia del tratamiento de hemodiálisis que reciben. De los cuales, un porcentaje de 39.1% (9) presentaron depresión grave, el 30.4% (7) moderado, el 17.4% (4) muy grave y el 13% (3) leve.

#### 4.2. Contrastación y prueba de hipótesis.

Según la significancia del Chi cuadrado X, en base a los datos obtenidos:

**TABLA 7**

**Prueba de Chi Cuadrado en los Niveles de ansiedad en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de Unidad Renal Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2017.**

Ansiedad	fi	%	$\chi^2$	GL	P
Leve	9	39.1	0.05 (5.99)	2	0.598 (59.8)
Moderada	8	34.6			
Grave	6	26.1			
Total	23	100.0			

La tabla nos muestra el valor de significancia de:  $p: 0.598 > 0.05$  aceptando la hipótesis **H<sub>1</sub>: SON SIGNIFICATIVOS LOS NIVELES DE ANSIEDAD** (leve, moderada y grave) en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

**TABLA 8**

**Prueba de Chi cuadrado en los Niveles de depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de Unidad Renal Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2017.**

<b>Depresión</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>GL</b>	<b>P</b>
<b>Leve</b>	3	13.0	005 (7.82)	3	0.584 (58.4)
<b>Moderada</b>	7	30.4			
<b>Grave</b>	9	39.1			
<b>Muy grave</b>	4	17.4			
<b>Total</b>	23	100.0			

La tabla nos muestra la tabla de significancia de:  $p: 0.584 > 0.05$  aceptando la hipótesis de **H<sub>2</sub>: EXISTE UN NIVEL SIGNIFICATIVO DE DEPRESIÓN** (leve, moderada, grave y muy grave) en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

**TABLA 9**

**Prueba de Chi cuadrado en los Niveles de ansiedad y depresión  
en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de  
hemodiálisis del servicio de Unidad Renal Hospital Regional  
Hermilio Valdizán - Huánuco 2017.**

Ansiedad	Depresión					$\chi^2$	GL	P
	Leve	Moderada	Grave	Muy grave	Total			
Leve	1	2	4	2	9	0.05 (12.59)	6	0.71 (7.1)
Moderada	1	3	3	1	8			
Grave	1	2	2	1	6			
Total	3	7	9	4	23			

Como se observa en la tabla 9 el valor de significancia de:  $p: 0.71 > 0.05$  aceptando la hipótesis **Hi: EXISTEN NIVELES SIGNIFICATIVOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN** en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

## **CAPITULO V**

### **V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

La presente investigación se realizó en el hospital regional Hermilio Valdizán a los pacientes atendidos en el servicio de unidad renal a quienes se les realiza el tratamiento de hemodiálisis. La población general es de 34 pacientes de los cuales y de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión se extrajo una muestra de 23 pacientes a quienes se les aplico los test de ansiedad y depresión de Hamilton.

De acuerdo a los resultados obtenidos mediante la prueba de la significancia del chi cuadrado, se encontró un valor de ( $p: 0.602 < 0.05$ ) con un porcentaje de 39.1% de pacientes con insuficiencia renal crónica que presentaron ansiedad leve, 34.6% moderada y 26.1% grave a consecuencia del tratamiento de hemodiálisis que reciben, con un valor de ( $p: 0.593 < 0.05$ ) con un porcentaje de 39.1% de pacientes con insuficiencia renal crónica que presentaron depresión grave, 30.4% moderada, 17.4% muy grave, y 13% leve a consecuencia del tratamiento de hemodiálisis que reciben. Estos resultados demuestran que el 100% los pacientes evaluados presentaron síntomas ansiosos y depresivos en mayor o menor nivel

En el trabajo de investigación realizado por Páez, Marcos, Azpiroz, De Bortoli en su indican: el 56.7% de los participantes manifestó algún grado de depresión. Los niveles de ansiedad (estado y rasgo) correlacionaron positivamente con los de depresión. La ansiedad fue mayor en los enfermos renales crónicos de más edad y durante los primeros meses del tratamiento de hemodiálisis. El grado de depresión fue mayor en los pacientes sin actividad laboral y de edad superior a la media. Dicho resultados que indican los autores no tiene ninguna relación directa con los resultados obtenidos en nuestra investigación. Sin embargo cabe mencionar que en nuestra investigación se encontraron niveles significativos de ansiedad y depresión en todos los pacientes evaluados, siendo mayor la prevalencia de ansiedad leve y en depresión grave.

Asimismo, Gómez, A. En su investigación denominada “Identificación de los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica de una unidad de hemodiálisis de la ciudad de Armenia - Quindío”, encontró niveles significativos de ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica en el 66% y depresión significativa en el 28%. Estas altas cifras indican la necesidad de realizar labores de acompañamiento psicológico durante el proceso medico en pro del mejoramiento de las condiciones de vida de las personas con insuficiencia renal crónica o cualquier otra patología de cronicidad que causa alteraciones en los aspectos psicosociales. Estos datos que



muestran los investigadores presentan alguna similitud con los resultados de ansiedad y depresión obtenidos en nuestra investigación. Teniendo en cuenta que en nuestra investigación los niveles de ansiedad fue en mayor porcentaje ansiedad leve (39.1%) y en depresión el mayor porcentaje fue para depresión moderada (39.1%). Asimismo en cuanto al sexo, al igual que en nuestra investigación, el sexo masculino es el predominante en cuanto al tratamiento de hemodiálisis con respecto al sexo femenino.

De los cuales, Montoya, F. y Suarez, Ch. En su trabajo de investigación denominado “Depresión y ansiedad en pacientes en hemodiálisis, Lambayeque 2012 – 2013” encontraron una frecuencia de depresión de 62.3%; siendo leve en un 83.5%, depresión moderada en 14.7% y depresión severa en 1.8%. La ansiedad estuvo presente en el 69.7%; siendo ansiedad leve en 40.2%, moderada en 26.2% y ansiedad severa en 33.6%. Resultados que presentan en esta investigación tienen alguna semejanza con los datos encontrados en nuestra investigación en relación a la ansiedad y depresión de pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis. Asimismo en cuanto al sexo, Montoya, F. y Suarez, Ch. encontraron en su investigación niveles de ansiedad en mayor proporción en el sexo masculino 73.3% y en el sexo femenino 64.3%, sin embargo la ansiedad en los hombres fue leve mientras que en las mujeres fue severo. Estos datos guardan una ligera similitud con los

obtenidos en nuestra investigación., ya que en nuestro estudio los niveles de ansiedad en un mayor porcentaje fueron de leve mientras que para los niveles de depresión en un alto porcentaje fue grave.

Frente a lo mencionado anteriormente, Pérez, T manifiesta; las personas con enfermedades crónicas están sometidas a más situaciones amenazantes, sobre todo en los pacientes en los que se manifiestan trastornos más sintomáticos, quienes padecen enfermedades que requieren de tratamientos que incluyen elementos aversivos y en todos aquellos pacientes que deben aceptar cambios en su estilo de vida. Los pacientes con insuficiencia renal crónica están sometidos a una constante situación de amenaza y se da desde que la persona es diagnosticada, entra en la etapa final o etapa 5 de la enfermedad y se empieza con el tratamiento de restitución renal a través de la hemodiálisis. Ante estas situaciones es difícil para el paciente no experimentar una sensación de angustia, temor y desesperanza. Un gran número de observaciones han encontrado que las restricciones en la dieta, los trastornos sexuales, los cambios en las relaciones sociales y familiares, el deterioro de la imagen y la situación laboral y económica concentran la mayoría de las respuestas disfuncionales de los pacientes. Lo mencionado anteriormente corroboran los datos obtenidos en la presente investigación al encontrarse niveles significativos de ansiedad y depresión en pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis al ser

este una intervención aversiva que genera un gran cambio en su estilo de vida y por lo tanto una gran afectación emocional.

Asimismo, Pérez T. señala: las investigaciones realizadas sobre ansiedad reconocen que el tiempo de tratamiento, las complicaciones físicas, la edad, el sexo, el estado civil, el apoyo social y la actividad laboral poseen un fuerte potencial de ansiedad. Con respecto al tratamiento menciona que los pacientes sometidos a hemodiálisis tienen mayores niveles de ansiedad que los pacientes con otros tipos de tratamientos, esto debido a que su autonomía se encuentra mermada. La depresión posee un claro efecto en la evolución y en el desarrollo de enfermedades crónicas. Este efecto se manifiesta en la disminución de las conductas de autocuidado, en su defectuoso cumplimiento del tratamiento, en cierta indolencia en el cumplimiento de la dieta, en el estado inmunológico e incluso en dinámicas familiares y conyugales anómalas. Todos ellos son indicadores que maximizan la asociación entre depresión y mortalidad en pacientes sometidos a hemodiálisis.

Las personas sometidas a tratamiento de hemodiálisis se encuentran en una situación de amenaza constante, el peligro sobre su salud y sobre todo sobre su vida es real, como ya se mencionó anteriormente estas personas están experimentando miedo y angustia, ante estas circunstancias el paciente decae emocionalmente haciendo que en

ellos aparezcan síntomas de ansiedad y depresión. Al haberse encontrado niveles significativos de ansiedad y depresión en todos los pacientes evaluados (23) y según la teoría cognitiva de Beck (1985) estas personas están procesando de forma distorsionada la información, en cuanto a la ansiedad los pacientes consideran que sus capacidades de afrontamiento están infravaloradas, se sienten vulnerables, Beck, Emery y Greenberg (1985) “como la percepción que tiene una persona de sí misma como objeto de peligros internos y externos sobre los que carece de control o éste es insuficiente para proporcionarle una sensación de seguridad”. Al encontrarse en tal coyuntura en el paciente aparecen los pensamientos automáticos referentes a su integridad, tales como el catastrofismo considera que el tratamiento es lo peor y que no le ayuda en nada, asimismo minimiza sus habilidades de enfrentarse a la nueva situación en la que se encuentra sintiéndose incapaz de afrontarlo.

Con respecto a los niveles significativos de depresión encontrados en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, la teoría cognitiva de Beck menciona un concepto fundamental para explicar la depresión que es la triada cognitiva, en los resultados hallados en la presente investigación donde el 100% de los pacientes evaluados presentaron niveles significativos de depresión, se puede corroborar el concepto de la triada cognitiva propuesta por Beck (1985) en la cual menciona que la persona deprimida tiene una visión negativa de sí mismo, el

paciente de hemodiálisis se ve como un inútil, considerándose una carga y una decepción para su familia, se subestima y se hace terribles críticas sintiéndose culpable por la situación en la que se encuentra. Ve su entorno hostil que no puede enfrentar y todo lo que le rodea está mal y le hace daño. Asimismo tiene una visión pesimista del futuro que las cosas irán pero de las que están le es imposible ser optimista en un futuro próximo y que todo lo que se haga no valdrá la pena, está completamente desesperanzados.

La teoría comitiva de Beck también habla acerca de los errores cognitivos, que son las interpretaciones erróneas de los acontecimientos por lo que están pasando en los pacientes evaluados de hemodiálisis se observan estos pensamientos siendo los más comunes entre estos pacientes: la personalización donde se atribuyen a ellos mismos situaciones ajenas y que escapan de su control, maximización donde consideran que sus errores son los más grandes y que no hay nada que puedan hacer para remediarlo, minimización consideran que todas los aspectos positivos de su personas son poca cosa.

## CAPITULO VI

### VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

**6.1. Conclusiones:** Según los objetivos planteados para la presente investigación se llegaron a las siguientes conclusiones:

1. Un porcentaje promedio de 39.1% de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis presentaron un nivel de ansiedad leve, 34.6% moderada y el 26.1% grave. Con un valor de significancia: ( $p: 0.598 > 0.05$ ). Estos datos indican que la totalidad de los pacientes (23) presentaron niveles significativos de ansiedad estando en tratamiento de hemodiálisis.
2. Un porcentaje promedio de 39.1% de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis presentaron un nivel de depresión grave, el 30.4% moderado, el 17.4% muy grave y el 13% leve. Con un valor de significancia: ( $p: 0.584 > 0.05$ ). El total de pacientes sometidos a hemodiálisis presentaron niveles significativos de producto del propio tratamiento.
3. Un porcentaje promedio general de 100% de pacientes presentaron ansiedad (leve, moderada y grave) y depresión (leve, moderada, grave y muy grave) a causa del tratamiento

de hemodiálisis. Con un valor de significancia general: ( $p$ : 0.71 > 0.05). Todos los pacientes de la muestra evaluados (23) presentaron en menor o mayor grado niveles significativos de ansiedad y depresión.

4. Según los datos de los pacientes con insuficiencia renal crónica estudiados. El 65% presentan edades entre los 46 y 65 años, el 17% entre 36 a 45 años y el 17% entre las edades de 20 a 35 años. En las edades en que más se observaron niveles significativos de ansiedad y depresión fue entre los 46 a 65 años, esto debido a que estos pacientes consideran que han perdido mayor autonomía y están más cerca de la muerte, como lo señala Pérez, T. (2011)
5. El 56% pertenecen al sexo masculino y el 43% al sexo femenino, los niveles de ansiedad y depresión fueron mayores entre el sexo masculino.
6. El 43% son de estado civil soltero, el 30% son convivientes y el 26% son casados. Los niveles de ansiedad y depresión que mayor puntaje obtuvieron fueron los solteros.

## **6.2. Recomendaciones:**

- A las instituciones y autoridades de salud de la región Huánuco:

Crear estrategias de salud mental, implementándose con la adquisición de más equipos de hemodiálisis ya que los que se encuentran están obsoletos y no brindan un adecuado tratamiento. También diseñar y desarrollar programas de prevención para los pacientes que realizan su tratamiento de hemodiálisis en los establecimientos de salud.

- A las autoridades del hospital Hermilio Valdizán:

Diseñar propuestas para disminuir los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes con insuficiencia renal que acuden a su tratamiento de hemodiálisis, por ejemplo, a través de la mejora en la infraestructura y la adquisición de nuevos equipos.

Asimismo con la contratación de más psicólogos para que laboren directamente con los pacientes del servicio de unidad renal.

- Al personal que labora en el área de unidad renal del hospital Hermilio Valdizán (médicos, enfermeros, técnicos):

Incrementar sus conocimientos en salud mental para un mejor tratamiento integral del paciente teniendo en cuenta que estas personas se encuentran vulnerables, tanto física como emocionalmente, debido a la enfermedad.



Asimismo el personal de unidad renal debe informar con veracidad acerca del tratamiento que reciben los pacientes.

- A los profesionales psicólogos que laboran en el área de unidad renal:  
Evaluar a sus pacientes y realizar el acompañamiento necesario a los mismos. También deben trabajar con el personal de unidad renal mediante charlas y talleres de sensibilización en el trato al paciente. Asimismo realizar sesiones de relajamiento al personal debido a que este personal está sometido a un alto estrés laboral.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gracés, H. (2000). "Investigación científica" (1ª edición). Quito – Ecuador. Editorial: Abya – Yala.
2. Gómez, A. (2011). "Identificación de los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica de una unidad de hemodiálisis de la ciudad de Armenia - Quindío". Universidad de San Martin de Armenia – Colombia.
3. Hernández, R. y otros (2015). "Metodología de la Investigación" (6ª edición). Chile. McGraw-Hill/Interamericana Editores.
4. Montoya, F, Suarez Ch, (2014). "Depresión y ansiedad en pacientes en hemodiálisis, Lambayeque 2012 – 2013" Chiclayo – Perú.
5. Páez, A, Marcos, J. Azpiroz, C. De Bortoli, M. (2008). "Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis", Argentina.
6. Montoya, S. (2015). "Depresión y ansiedad en madres gestantes primerizas atendidas en los centros de salud del distrito de Huánuco - 2015". Huánuco – Perú.
7. Sánchez, H. y Reyes, C. (2002). "Metodología y diseños en la investigación científica" (3ª edición). Lima – Perú. Editorial: Universidad de Lima.
8. Sierra, A. y Benitez, C. (2014). "Perfil cognitivo psicopatológico en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis", Barranquilla – Colombia.
9. Belloch, A. Sandín, B. y Ramos, F. (2009). "Manual de psicopatología" Vol. II. (Ed. revisada). Madrid – España. Editorial: MCGRAW - HILL/interamericana, S.A.U.

10. Oblitas, L. "Manual de psicología clínica y salud hospitalaria". Bogotá – Colombia. Editorial: Psicom Editores.
11. Llanio, R. Perdomo, G. (2005). "Propedéutica clínica y semiología medica" Tomo II. La Habana – Cuba. Editorial: Ciencias Médicas.
12. Cañadas, D. (2016). Insuficiencia Renal Crónica: MAFRE SALUD. Alicante, España. Recuperado de <http://www.salud.mapfre.es>
13. Consuegra, N. (2010). "Diccionario de Psicología". Bogotá - Colombia. Ecoe Ediciones.
14. Kidney OptionsHome (2016). Opción Renal. Recuperado de <http://www2.fmc-ag.com/>
15. Sanz, J. (1993). Anales de Psicología: Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. Madrid, España. Recuperado de [https://www.um.es/analesps/v09/v09\\_2/02-09\\_2.pdf](https://www.um.es/analesps/v09/v09_2/02-09_2.pdf)
16. Sanz, J. Vázquez, C. (1995). Trastornos del Estado de Ánimo: II. Teorías Psicológicas. Madrid, España. Recuperado de [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES\\_pdf/1995-Trastornos%20estado%20Animo-Teorias.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/1995-Trastornos%20estado%20Animo-Teorias.pdf)
17. Palmero, F. Fernández, E. (1999). "Emociones y Salud". Barcelona – España. Editorial Ariel, S.A.
18. Fundación renal (2016), La Enfermedad Renal. Recuperado de <https://www.friat.es/la-enfermedad-renal/insuficiencia-renal-cronica/causas-de-la-irc/>.
19. El Comercio (2016), En Lima hay al menos 450 mil afectados por enfermedad renal. Recuperado de <http://elcomercio.pe/sociedad/lima/lima-hay-al-menos-450-mil-afectados-enfermedad-renal-noticia-1797074>

20. Fundación renal (2016), Las Alteraciones Emocionales en Diálisis. Recuperado de <https://www.friat.es/wp-content/uploads/2013/08/Las-alteraciones-emocionales-en-di%C3%A1lisis.pdf>
21. Ecured (2016). Síndrome de Insuficiencia Renal Crónica. Recuperado de [https://www.ecured.cu/Sindrome\\_de\\_insuficiencia\\_renal\\_cronica\\_\(IRC\)](https://www.ecured.cu/Sindrome_de_insuficiencia_renal_cronica_(IRC))
22. Davita (2016). Etapas de la enfermedad renal crónica. Recuperado de <https://www.davita.com/co/patient-resources/kidney-disease-education/stages-of-kidney-disease/10443/>
23. Perez, T. & otros (2011). Psiconefrología: aspectos psicológicos en la poliquistosis renal autosómica dominante. *Revista Nefrología*. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=0211-6995&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_serial&pid=0211-6995&lng=es&nrm=iso).
24. Carrillo, I. (2008). “Un estudio sobre la ansiedad”. *Avances*, Vol. 124.
25. Beck, A. Clark, D. (2010). “Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad” Bilbao. Editorial: EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A.
26. Pérez, A.M. (2013). Terapia Cognitiva conductual. Colombia. Recuperado de <http://tccbeck.blogspot.pe/2013/>
27. Ruiz, J. Cano, J. (2002). “Manual de Psicoterapia Cognitiva” Jaén – España. Editorial: R&C Editores. [http://www.robertexto.com/archivo15/trastornos\\_ansied.htm](http://www.robertexto.com/archivo15/trastornos_ansied.htm)

**ANEXOS**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo de este documento es el de proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

Esta investigación tiene como título “Niveles de Ansiedad y Depresión en Pacientes en Tratamiento de Hemodiálisis del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2017”.

La presente investigación estará dirigida por el Bachiller en Psicología, Sr. Ricardo Aponte Rojas de la Universidad de Huánuco, Facultad de Ciencias de la Salud.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Toda la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Se le agradece su participación.

---

Yo:.....Acepto  
participar voluntariamente en esta investigación.

---

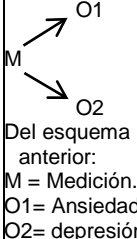
Firma del investigador

---

Firma del participante

# MATRIZ DE CONSISTENCIA

## “NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN - HUÁNUCO, 2017”

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Definición	Método	Diseño	Técnica	Instrumentos
<b>General:</b> ¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán, Huánuco - 2017?	<b>General:</b> Determinar los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán, Huánuco - 2017.	<b>General:</b> <b>H1:</b> Existen niveles significativos de ansiedad y depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán, Huánuco – 2017. <b>H0:</b> No existen niveles significativos de ansiedad y depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán, Huánuco – 2017.	<b>Variable independiente:</b> Tratamiento de hemodiálisis	<b>Hemodiálisis</b> Proceso de eliminación de toxinas y exceso de fluidos de la sangre, se utiliza con una máquina que hace las funciones del riñón.	Método no experimental.	Descriptivo transversal.   Del esquema anterior: M = Medición. O1= Ansiedad. O2= depresión.	Análisis de documentación.	Registro de atención de los pacientes de unidad renal.
<b>Específicos :</b> ¿Cuáles son los niveles de ansiedad (ausente, leve, moderado y grave) en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán, Huánuco - 2017? ¿Cuáles son los niveles de depresión (ausente, leve, moderado, grave y muy grave) en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán, Huánuco - 2017?	<b>Específico:</b> Evaluar los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán, Huánuco - 2017. Determinar los niveles de ansiedad en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán, Huánuco - 2017. Identificar los niveles de depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán, Huánuco – 2017.	<b>Específicos:</b> <b>H1:</b> Son significativos los niveles de ansiedad (ausente, leve, moderado y grave) en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán, Huánuco – 2017. <b>H0:</b> No son significativos los niveles de ansiedad (ausente, leve, moderado y grave) en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán, Huánuco – 2017. <b>H2:</b> Existe un nivel significativo de depresión(ausente, leve, moderado, grave y muy grave) en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán, Huánuco – 2017. <b>H0:</b> No existe un nivel significativo de depresión (ausente, leve, moderado, grave y muy grave) en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del servicio de unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán, Huánuco – 2017.	<b>Variable dependiente:</b> Ansiedad y depresión.	<b>Ansiedad</b> Patrón de comportamiento variable y complejo caracterizado por sentimientos subjetivos de aprehensión y tensión acompañados de o asociados con activación fisiológica.  <b>Depresión</b> Trastorno afectivo con síntomas y signos que pueden presentarse de forma aguda, episódica o recurrente, se caracteriza por el abatimiento del humor.	Tipo.  Investigación básica.	Nivel.  Descriptivo.	Escalas	Escala de ansiedad de Hamilton.

## FICHA TÉCNICA DE LA ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

**Nombre:** escala de valoración de la ansiedad de Hamilton.

**Evalúa:** la severidad de los síntomas de ansiedad en un paciente.

**Autor:** Max Hamilton.

**Adaptación española:** Carrobles y cols en 1986. Se trata de una escala heteroadministrada, de 14 ítems

**Adaptado para esta investigación por:** Ricardo Aponte Rojas.

**Prueba de validez y confiabilidad a través de Alfa de Cronbach realizado por el investigador:**

### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,820	,820	14

Alta confiabilidad mayor a 0.8.

**Aplicación:** Población general. Se trata de una escala heteroadministrada. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem.

**Tiempo de aplicación:** 10 a 15 minutos por paciente.

**Puntajes para el diagnóstico:**

- Ausente = 0 a 14
- Ansiedad leve = 15 a 28
- Ansiedad moderada = 29 a 42
- Ansiedad grave = 43 a 56



## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Paciente:..... Fecha:.....

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 14 apartados. Al costado de cada frase marque con una X la casilla que mejor refleje su situación.

N = nunca

R = raramente

A = algunas veces

M = muchas veces

S = siempre

	Test de la valoración de la ansiedad de Hamilton.	N 0	R 1	A 2	M 3	S 4
1	Presiento que algo malo puede pasarme, que me puede suceder lo peor. Me siento preocupado, irritable.					
2	Tengo sensación de inquietud y no puedo relajarme. Me canso fácilmente. Me sobresalto. Tiemblo. Lloro con facilidad.					
3	Tengo miedo a la oscuridad, de quedarme solo, de la gente desconocida, de los animales, del tráfico, de la multitud.					
4	Tengo dificultad para conciliar el sueño (dormirme). Me despierto varias veces durante la noche. Me levanto cansado y con sensación de haber dormido mal. Tengo pesadillas. Tengo terrores nocturnos.					
5	Tengo mala memoria. Me cuesta concentrarme.					
6	No tengo interés por lo que me rodea. Las distracciones no me producen placer. Me siento triste. Me despierto temprano y no puedo volver a conciliar el sueño. Me adormezco durante el día y no puedo dormirme por la noche.					
7	Siento dolores y molestias musculares (espasmos, calambres, contracciones, rigidez). Me rechinan los dientes. Tengo la voz poco firme e insegura.					
8	Tengo zumbidos en los oídos. Visión borrosa. Siento oleadas de calor o de frío. Tengo picores y sensación de debilidad.					
9	Siento que mi corazón late más deprisa que de costumbre. Siento palpitaciones, dolores en el pecho, latir fuertemente el pulso en mi cuerpo. Mi corazón cambia de ritmo. Siento que me voy a desmayar.					
10	Tengo sensación de ahogo y de falta de aire. Necesito suspirar. Siento en el pecho una opresión o pena.					
11	Tengo dificultad al tragar. Siento ardores o pesadez o sensación de plenitud gástrica. Siento náuseas y vómitos. Creo que he perdido peso. Tengo dolores abdominales. Hago deposiciones blandas o estoy estreñido. Tengo ruidos en las tripas.					
12	Necesito imperiosamente orinar muchas veces al día, echando poca cantidad de orina. Me falta la regla o es muy poco abundante. No tengo interés por el sexo. No siento nada en mis relaciones sexuales. He perdido potencia sexual.					
13	Siento la boca seca; me ruborizo y palidezco con facilidad; sudo abundantemente. Noto que me mareo y que las cosas me dan vueltas; tengo un dolor sordo permanente en la cabeza. Se me ponen los pelos de punta.					
14	Me he sentido incómodo, inquieto, tenso e impaciente, contraído, con temblores, con dificultad al respirar, con necesidad de tragar saliva, con sudoración en las manos y con el pulso acelerado al contestar estas preguntas.					

## FICHA TÉCNICA DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

**Nombre:** escala de evaluación de la depresión de Hamilton.

**Evalúa:** la intensidad o gravedad de la depresión.

**Autor:** Max Hamilton.

**Adaptación española:** Ramos-Brieva y Cordero (1986) adaptaron al castellano y validaron la versión reducida de 17 ítems.

**Adaptado para esta investigación por:** Ricardo Aponte Rojas.

**Prueba de validez y confiabilidad a través de Alfa de Cronbach realizado por el investigador:**

### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,831	,836	17

Alta confiabilidad mayor a 0.8.

**Aplicación:** Población general. Se trata de una escala heteroadministrada. Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0 - 4 para los apartados 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11 y 15, respectivamente. Y con una puntuación de 0 – 2 para los apartados 4, 5, 6, 12, 13, 14, 16 y 17. La puntuación total va de 0 a 52.

**Tiempo de aplicación:** 10 a 15 minutos.

**Puntaje para el diagnóstico:**

- No depresión o ausente = 0 a 10
- Depresión leve = 11 a 20
- Depresión moderada = 21 a 30
- Depresión grave = 31 a 40
- Depresión muy grave = 41 a 52.

## ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

Paciente:..... Fecha:.....

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 17 apartados. Al costado de cada frase marque con una X la casilla que mejor refleje su situación. Solo marque en los espacios en blanco.

N = nunca

A = algunas veces

M = muchas veces

C = casi siempre

S = siempre

	Escala de depresión de Hamilton	N 0	A 1	M 2	C 3	S 4
1	Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Lloro con facilidad.					
2	Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo. Escucho que alguien me dice que es mi culpa.					
3	Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.					
4	Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardó mucho en dormirme.					
5	Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.					
6	Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.					
7	Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.					
8	Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.					
9	Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estar quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas, los labios.					
10	Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme.					
11	Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudo copiosamente. Necesito orinar con frecuencia.					
12	Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento.					
13	Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo.					
14	No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales.					
15	Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.					
16	Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.					
17	Sé que estoy enfermo, tal vez sea porque no estoy comiendo bien.					

## CUADROS COMPLEMENTARIOS

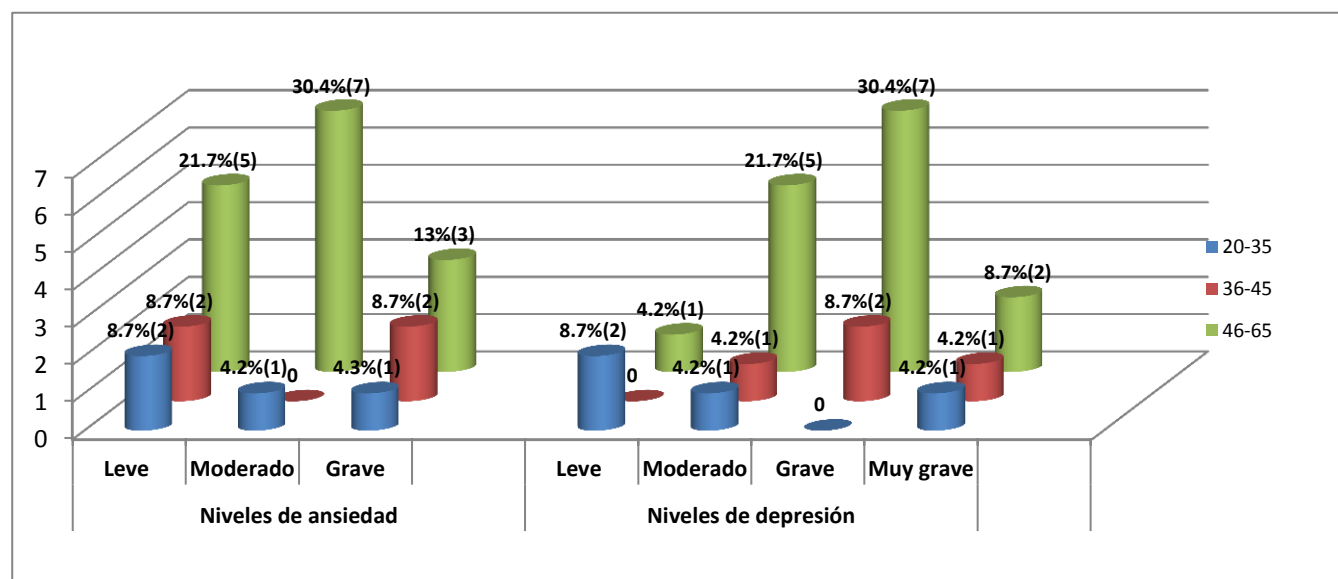
**TABLA 1**

**Niveles de ansiedad y depresión según edad en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Servicio de Unidad Renal Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2017.**

Edad	Niveles de ansiedad								Niveles de depresión									
	Leve		Moderado		Grave		Total		Leve		Moderado		Grave		Muy grave		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>20-35</b>	2	8.7	1	4.2	1	4.2	4	17.4	2	8.7	1	4.2	0	0	1	4.2	4	17.4
<b>36-45</b>	2	8.7	0	0	2	8.7	4	17.4	0	0	1	4.2	2	8.7	1	4.2	4	17.4
<b>46-65</b>	5	21.7	7	30.4	3	13	15	65.2	1	4.3	5	21.7	7	30.4	2	8.7	15	65.2
<b>Total</b>	9	39.1	8	34.6	6	26.1	23	100	3	13	7	30.4	9	39.2	4	17.4	23	100

Fuente: Pacientes evaluados a través de las Escalas de Ansiedad – Depresión de Hamilton.  
Elaboración: Propia.

**GRÁFICO 1**



## **INTERPRETACIÓN:**

Como se observa en la tabla 1 y gráfico 1, para los niveles de ansiedad se muestra que entre las edades comprendidas de 20 – 35 años el 8.7% (2) pacientes presentaron ansiedad leve, 4.2% (1) pacientes con ansiedad moderada y el 4.2% (1) con ansiedad grave. Entre las edades de 36 – 45 años, 8.7% (2) pacientes presentaron ansiedad leve, 0 pacientes con ansiedad moderada y el 8.7% (2) con ansiedad grave. Entre las edades comprendidas de 46 – 65 años el 21.7 (5) pacientes presentaron ansiedad leve, 30.4% (7) ansiedad moderada y 13% (3) presentaron ansiedad grave.

Para los niveles de depresión se observa que entre las edades de 20 – 35 años 8.7% (2) pacientes con depresión leve, el 4.2% (1) con depresión moderada, 0 con depresión grave y el 4.2% (01) pacientes con depresión muy grave. Entre las edades de 36 – 45 años 0 pacientes con depresión leve, 4.2% (1) con depresión moderada, el 8.7% (2) con depresión grave y el 4.2% (1) pacientes con depresión muy grave. Entre las edades de 46 – 65 años 4.2% (1) con depresión leve, el 21.7% (5) con depresión moderada, 30.4% (7) pacientes con depresión grave y el 8.7% (2) pacientes con depresión muy grave.

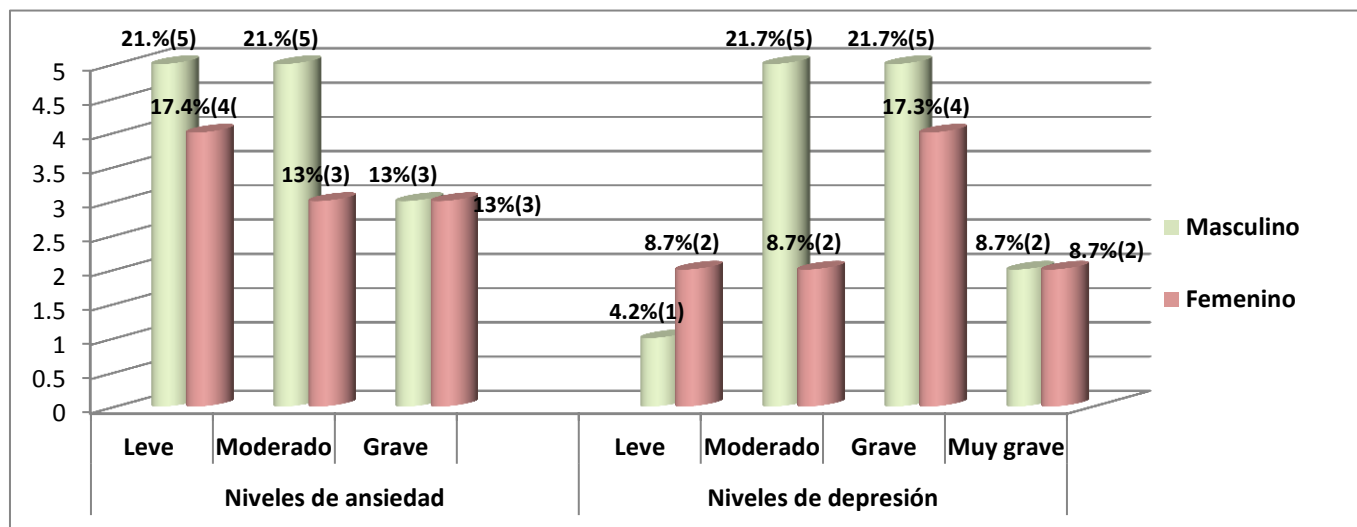
**TABLA 2**

**Niveles de ansiedad y depresión según sexo en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Servicio de Unidad Renal Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2017.**

Sexo	Niveles de ansiedad								Niveles de depresión									
	Leve		Moderado		Grave		Total		Leve		Moderado		Grave		Muy grave		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Masculino</b>	5	21.7	5	21.7	3	13	13	56.5	1	4.2	5	21.7	5	21.7	2	8.7	13	56.5
<b>Femenino</b>	4	17.4	3	13	3	13	10	43.4	2	8.7	2	8.7	4	17.3	2	8.7	10	43.4
<b>Total</b>	9	39.1	8	34.6	6	26.1	23	100	3	13	7	30.4	9	39.1	4	17.4	23	100

Fuente: Pacientes evaluados a través de las Escalas de Ansiedad – Depresión de Hamilton.  
Elaboración: Propia.

**GRÁFICO 2**



## **INTERPRETACIÓN:**

Como podemos observar en la tabla y gráfico 02 se muestran los niveles de ansiedad y depresión según sexo.

Para los niveles de ansiedad en el sexo masculino se presentaron un porcentaje promedio de 21.7% (5) pacientes con ansiedad leve, 21.7% (5) ansiedad moderada y 13% (3) con ansiedad grave. Para el sexo femenino un porcentaje promedio de 17.4% (4) de pacientes presentaron ansiedad leve, el 13% (3) presentaron ansiedad moderada y el 13% (3) con ansiedad grave.

Para los niveles de depresión en el sexo masculino se presentaron un promedio general de 4.2% (1) de pacientes con depresión leve, 21.7% (5) con depresión moderada, 21.7% (5) de pacientes con depresión grave y el 8.7% (2) con depresión muy grave. Para el sexo femenino se presentaron 8.7% (2) de pacientes con depresión leve, 8.7% (2) depresión moderada, 17.3% (4) con depresión grave y el 8.7% (2) pacientes depresión muy grave.

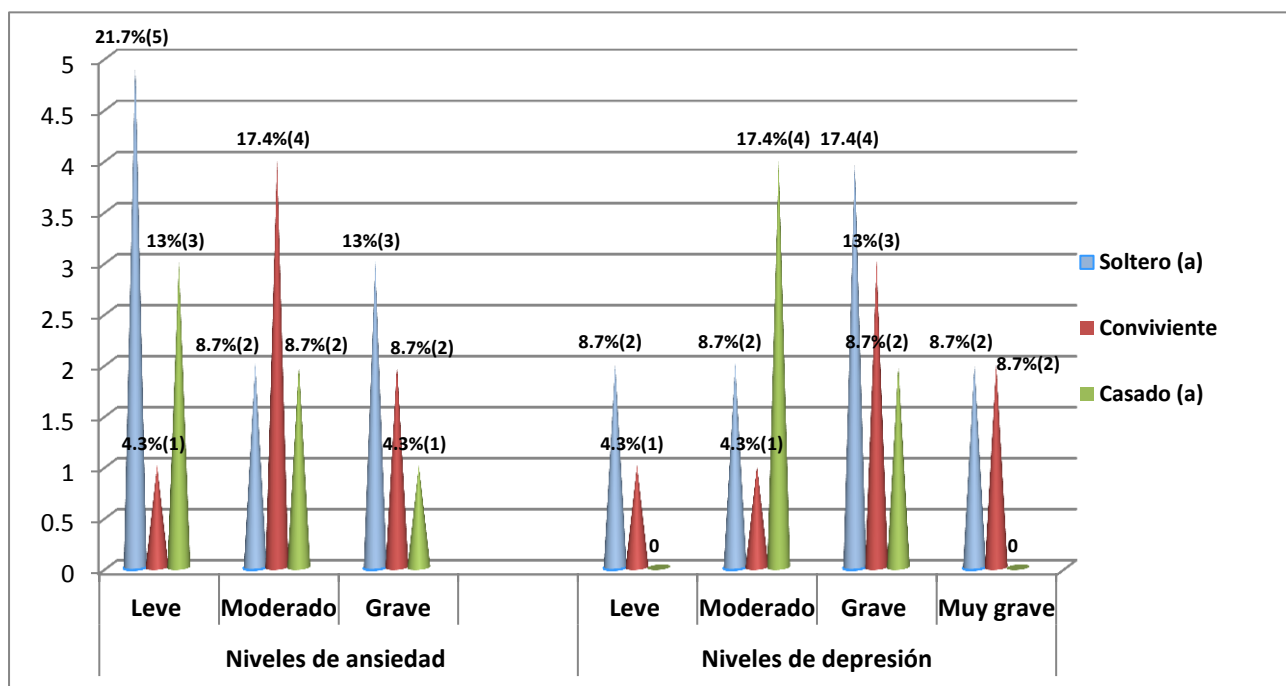
**TABLA 3**

**Niveles de ansiedad y depresión según estado civil y sexo en los  
pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de  
hemodiálisis. Servicio de Unidad Renal Hospital Regional Hermilio  
Valdizán, Huánuco - 2017.**

Estado civil	Niveles de ansiedad								Niveles de depresión									
	Leve		Moderado		Grave		Total		Leve		Moderado		Grave		Muy grave		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Soltero(a)</b>	5	21.7	2	8.7	3	13	10	43.5	2	8.7	2	8.7	4	17.4	2	8.7	10	43.5
<b>Conviviente</b>	1	4.3	4	17.4	2	8.7	7	30.4	1	4.3	1	4.3	3	13	2	8.7	7	30.4
<b>Casado(a)</b>	3	13	2	8.7	1	4.3	6	26	0	0	4	17.4	2	8.7	0	0	6	26
<b>Total</b>	9	39.1	8	34.6	6	26.1	23	100	3	13	7	30.4	9	39.1	4	17.4	23	100

Fuente: Pacientes evaluados a través de las Escalas de Ansiedad – Depresión de Hamilton.  
Elaboración: Propia.

**GRÁFICO 3**





## **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla 3 y gráfico 3 se muestran los niveles de ansiedad y depresión según estado civil de los pacientes.

Los niveles de ansiedad para solteros se presentaron un promedio 21.7% (5) pacientes con ansiedad leve, 8.7% (2) con ansiedad moderada, 13% (3) con ansiedad grave. Para los convivientes se presentaron 4.3% (1) pacientes con ansiedad leve, 17.4% (4) con ansiedad moderada, 8.7% (2) con ansiedad grave. Para los casados se presentaron 13% (3) pacientes con ansiedad leve, 8.7% (2) con ansiedad moderada, 4.3 (1) con ansiedad grave.

Los niveles de depresión para los solteros se presentaron un promedio de 8.7% (2) pacientes con depresión leve, el 8.7% (2) con depresión moderada, el 17.4% (4) con depresión grave, y el 8.7 % (2) pacientes con depresión muy grave. Para los convivientes se presentaron el 4.3% (1) pacientes con depresión leve, el 4.3% (1) con depresión moderada, el 13% (3) pacientes con depresión grave y el 8.7% (2) con depresión muy grave. Para los casados se presentaron el 0% de pacientes con depresión leve, el 17.4% (4) con depresión moderada, el 8.7% (2) con depresión grave y el 0% de pacientes con depresión muy grave.